

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
UNAN Managua
Facultad de Ciencias Médicas

Escuela
CD Rom

Biblioteca Central "Salomón de la Selva"	
UNAN-Managua	
Fecha de Ingreso:	<u>01/02/2017</u>
Comprado:	<u>Don a fac Med</u>
Precio: C\$	U\$
Registro No.	<u>63914</u>



Tesis de Investigación
Para optar el Título de médico y cirujano.

Cumplimiento de Guía AIEPI en el abordaje de la Diarrea, en niños menores de 4 años ingresados al servicio de pediatría, del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, en el periodo de julio a diciembre del año 2014.

Autores:

Br. Félix Alejandro Bello Martínez
Br. Jorge Luis Herradora Pérez

Tutor:

Dr. Ervin José Ambota López. PhD
MPH Salud Pública – Epidemiología
Máster en Economía y Gestión en Salud
Especialista en VIH - sida
Tutor Metodológico

MED
378.242
Bell
2016

Rivas, Nicaragua, 2016

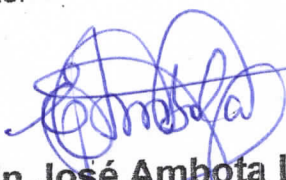
Opinion del tutor

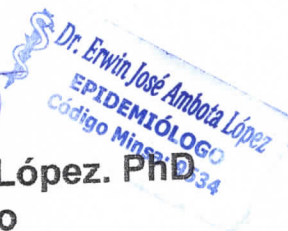
Las diarreas son síntomas comunes en niños, motivo frecuente de consulta médica. Es un problema de Salud Pública en los países en desarrollo, por su alta carga de morbilidad y mortalidad.

La definición precisa de diarreas es difícil definir, ya que la frecuencia de las deposiciones varía de acuerdo a patrones socioeconómicos y culturales establecidos y las condiciones higiénicas sanitarias desempeñan un papel fundamental. Son más frecuentes donde predominan las condiciones de vidas desfavorables, hacinamiento, falta de agua potable y deficiente cobertura de los servicios de salud.

A pesar de los avances logrados en cuanto a la génesis, profilaxis y tratamiento de la enfermedad diarreica, ésta continúa siendo uno de los problemas más graves que enfrentan los países subdesarrollados, ya que el 90 % ocurre en los menores de 1 año, de manera tal que fallecen alrededor de 4 a 5 millones de niños por esa causa, sobre en países de Asia, África y América Latina.

Muchos procesos morbosos y defunciones se evitan cuando las madres dominan, cumplen y propician buenas costumbres higiénicas en la familia; razón por la cual y convencidas de esta necesidad, nos dimos a la tarea de valorar el conocimiento que en la práctica diaria se suministra a las progenitoras en el nivel primario de atención, con el fin de contribuir a sus cambios de comportamientos, en búsqueda de logro de cambios positivos en el modo y estilo de vida de la población, es aquí la importancia del estudio dar a conocer las pautas para evitar complicaciones y mejorar cumplimiento de normas.


Dr. Erwin José Ambota López. PhD
Tutor Metodológico



Resumen

El presente estudio tiene como objetivo, evaluar el cumplimiento de la guía AIEPI en el abordaje de la Diarrea, en niños menores de 4 años ingresados al servicio de pediatría en el Hospital Gaspar Garcia Laviana.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal con un universo de 230 niños obteniéndose luego una muestra de 118 pacientes de 1mes a 4años seleccionados por muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistematico los cuales se escogieron de los expedientes que cumplan con los criterios plasmados, informacion recolectada por fichas ya estructurada e ingresadas al programa de excel.

De los 118 pacientes estudiados con diarrea el grupo etareo más prevalente fue de 6 a 12meses, siendo en gran mayoria del municipio de Rivas. Según su estado nutricional se encontro que el mayor porcentaje eran Eutroficos.

En relacion a las manifestaciones clinicas encontradas bebe con avidez fue la mas frecuente y según la clasificacion de la Enfermedad diarreica aguda con respecto al grado de hidratacion se observo que la mas prevalente es con algun grado deshidratación.

Dentro de los exámenes indicados en estos pacientes la citologia fecal y la BHC fueron indicados e intepretado en casi todos los pacientes. En su mayoria recibieron suero oral y el sulfato de zinc, de cual fue el plan B el más frecuente y en menor medida el plan A y plan C, finalmente la condicion de egreso de estos pacientes todos fueron dados de alta.

Dedicatoria

Principalmente a Dios por llenarnos a diario de bendiciones.

A nuestras madres que con su amor, dedicación y empeño a logrado guiarnos por un camino correcto a nuestros padres y hermanos que me han ayudado a cumplir nuestras metas propuestas.

A nuestros tutores y maestros que nos enseñan el amor a esta noble profesión y que el mejor libro es el paciente.

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por acompañarnos a lo largo de estos años y permitir culminar un logro más.

A nuestra familia por su comprensión y amor.

A nuestro tutor el cual en todo momento estuvo para brindarnos su ayuda y consejo en la realización del trabajo.

A todos los médicos de base del hospital que participaron en mi formación como profesional.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACION	9
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V.	OBJETIVOS	11
VI.	MARCO TEÓRICO	12
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	49
VIII.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	51
IX.	RESULTADOS	57
X.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
XI.	CONCLUSIONES	63
XII.	RECOMENDACIONES	64
XIII.	BIBLIOGRAFIA	65
XIV.	ANEXOS	69

Introducción

Cada año mueren a nivel mundial, más de 5 millones de niños antes de llegar a los 5 años de edad, como consecuencias de las complicaciones relacionadas con la diarrea, siendo las principales la deshidratación y desnutrición.(15)

En América Latina y Asia, las mayores tasas de mortalidad entre menores de 5 años, se registran de los 0 a 11 meses y de los 12 a 23 meses de edad respectivamente; con tasas superiores a 20 muertes por cada 1000 niños al año. El grupo de 2 a 4 años, tiene tasas de mortalidad alrededor de 5 muertes por cada 1000 niños al año. Respecto a su incidencia por grupos de edad, el grupo más afectado es el de 6 a 11 meses de edad, seguido del de 12 a 23 meses y luego el de 0 a 6 meses, este último grupo no es el más afectado debido a las prácticas de lactancia maternas. A partir del segundo año de vida, la incidencia disminuye progresivamente; definiéndose un grupo de mayor riesgo: el menor de 2 años. En Latinoamérica y el Caribe, se presenta de 3 a 4 episodios diarreicos por cada niño al año; y un 5% de los niños cada día tendrá diarrea. La diarrea es causa de 2, 300,000 de muertes al año, lo cual corresponde aproximadamente al 30% de la mortalidad infantil en países en vía de desarrollo. (15)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. (12)

La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar

la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables. (12)

El presente estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. Fue presentada en la primera Jornada de Investigación en Salud Pública, organizada por el Centro de Estudios de la Universidad de Chile, el 15 de mayo de 2001.

En esta investigación se utilizó la metodología de la encuesta con planes para analizar la percepción de los cuidadores de los menores de cinco años en el hogar, en relación con la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, de tipo encuesta, en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, de tipo encuesta, en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile. El estudio se realizó en el año 2000, en el marco de una investigación más amplia sobre la atención de la salud de los menores de cinco años en el hogar, en el contexto de la reforma sanitaria en Chile.

Antecedentes

La cumbre a favor de la infancia celebrada en 1990, fijó la meta de reducir en 50% la mortalidad infantil para el año 2000. Para lograr esta importante meta es esencial la implementación de la estrategia para la atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia, AIEPI. Fue presentada en 1996 como principal estrategia para mejorar la salud de la niñez. (13)

En todos los países que adoptaron la estrategia AIEPI se elaboraron planes para enfocar la implementación hacia aquellas áreas y grupos de población más vulnerables tomándose como base los niveles de mortalidad infantil. El número de personal capacitado fue aumentando gracias a un mecanismo de capacitación regional, nacional y local que hace que actualmente más de 40,000 personas hayan recibido capacitación de la aplicación AIEPI. (13)

Se realizó un estudio clínico en la Unidad de Investigación, Capacitación y Tratamiento de la Diarrea del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín entre el 1 de febrero de 1998 y el 28 de febrero de 1999, para comparar la efectividad de un suero de baja osmolaridad (SBO) (245 mOsm/L), en relación con la solución de hidratación oral estándar recomendada por la OMS (SHO/OMS). El grupo 1 (69 niños) recibió el suero de hidratación oral, SHO/90 (311 mOsm/L) y el grupo 2 (71 niños) el suero de baja osmolaridad, SBO/75 (245 mOsm/L). La hidratación se consiguió con éxito en 88,4% en el grupo 1 y en 92,9% en el grupo 2 ($p=0,35$). El tiempo de hidratación fue 5,2 horas ($DE=1,8$) en el grupo 1 y 5,5 ($DE=1,7$) en grupo 2 ($p=0,31$). (2)

Se realizó un estudio de casos y controles en un hospital urbano de Bogotá, Colombia, entre abril de 2000 y febrero de 2001. Se seleccionaron 290 niños menores de 5 años de edad de uno u otro sexo; de ellos 145 estaban hospitalizados por enfermedad diarreica aguda (EDA) con deshidratación (casos) y 145 tenían diagnóstico de EDA sin signos de deshidratación (testigos). (3)

De los 290 menores estudiados, 153 (52,8%) eran del sexo masculino y 137 (47,2%) del femenino. La edad media fue de 19 meses (de 2 a 56 meses); 73% de los menores estudiados tenían menos de 2 años de edad. El riesgo de presentar deshidratación fue mayor cuando las condiciones socioeconómicas de la familia del niño eran desfavorables.(3)

En un estudio por Díaz E. Ochoa. En el Hospital Carlos Marx de julio a diciembre de 1992 encontraron que 365 casos de diarrea fueron clasificados inadecuadamente con relación al grado de deshidratación, también que la mayor incidencia estaba comprendida en las edades menores de un año con un 62% concluyen que los pacientes con deshidratación leve y el manejo de líquidos intravenosos fue inadecuado.(6)

Durante los meses de julio a noviembre de 2000, se llevó a cabo una intervención educativa, en madres de niños con diarrea que acudieron a solicitar atención en el hospital infantil de México Federico Gómez. Se incluyeron de manera consecutiva 150 responsables del cuidado del niño enfermo de diarrea. Respecto a las características del responsable se encontró que en su mayoría fue la madre (94.0%), con mediana de 26 años de edad (16-59 años). De ellas, 76.9% contaban con nivel de estudio de secundaria o más; La mediana de edades de los niños estudiados fue de 14 meses con mínimo de un mes y máximo de 60, siendo 53.3% del sexo masculino. (7)

La proporción de madres q relacionó el termino deshidratación con pérdida de líquidos del organismo, antes de la intervención educativa, fue 73% y se incrementó a 93.4%, después de recibir la misma. El vómito fue el signo de alarma más identificado, antes y después de la intervención educativa, fueron boca seca y ojos hundidos. La tercera parte de las madres identificó la sed como signo de la deshidratación, pero sólo 11.5% como signo de alarma.

Después de la intervención educativa, 67.6% de las madres identificaron la sed como signo de deshidratación; sin embargo, su identificación como signo de alarma no rebaso 40%. (7)

En estudio realizado en el Centro de Salud Sócrates Flores (Managua) II semestre de 1998 se encontró que los niños que presentaron Enfermedades diarreicas aguda en su mayoría se encontraban en las edades de 2 a 3 meses no encontrando grandes diferencias con relación al sexo de los niños. La mayoría de las madres acudieron al centro de salud en las primeras horas de iniciada la sintomatología, los niños no presentaron deshidratación e hicieron uso de la unidad de rehidratación oral en menos del 50% de los casos, se utilizó el plan A de rehidratación oral en un alto porcentaje, no hubo automedicación por las madres, la mayoría de los niños tuvieron evolución satisfactoria.(9)

En la encuesta nicaragüense Demográfica y Salud 2001 se indagó sobre la presencia de episodios de diarrea donde el 13% de niños tuvieron diarrea en las semanas anteriores de la encuesta, la prevalencia es mayor entre los niños de 6 a 23 meses (aproximadamente 20%) este hecho tiende a confirmar que los mayores riesgos de los niños se siguen teniendo al suspender la lactancia materna exclusiva o al momento de la introducción de otros alimentos lo que es debido a la inadecuada manipulación de los mismos durante su preparación aunado al riesgo de una alimentación con calidad deficiente.(1)

Ruth Bove, López realizaron un estudio sobre el manejo terapéutico de las enfermedades diarreicas en los menores de 5 años de Julio a Agosto del 2001 de los centros de salud Alejandro Dávila Bolaños y Monimbó de Masaya se concluyó que el grupo etario que ingreso a la URO fue menor de 1 año del área rural, sexo predominante masculino, la clasificación predominante fue diarrea sin deshidratación seguida de disentería, el 54% de los niños fueron hidratados con suero oral, el 30.84% se les prescribió antibióticos y el 14.01% antiparasitarios.(5)

Se realizó un estudio de uso de antibióticos en el año 2012 en pacientes menores de 5 años hospitalizados en el servicio de gastroenterología del HFVP, por enfermedad diarreica aguda, en el período de junio – diciembre 2012, se estudiaron 40 expedientes de pacientes.

El 90% de los pacientes estudiados encontraron las heces de consistencia líquida, con un gasto fecal bajo, con el 62.5%, en los exámenes de laboratorio realizados el 82.5% se les realizó citología fecal, y de estos el 21.2% tenían leucocitos mayor de 10x campo con presencia de polimorfo nucleares. La biometría hemática, se realizó a un 97.5%, encontrándose leucocitosis en 59% y linfocitosis en un 35%. (10)

En relación al tratamiento al 95% se les brindó sales de rehidratación oral y en un 87.5% hubo la necesidad de administrar líquidos intravenosos. De todos los pacientes estudiados, se hizo uso de antibióticos en 52.5% y el antibiótico utilizado fue ampicilina en 38%, seguido de Ceftriaxona en un 28.6%, con un rango de administración de 1 a 3 días. Según estancia hospitalaria el 55% estuvo de 1 a 3 días de hospitalización (10)

C. Lau y C. Nicaragua realizaron un estudio de conocimientos prácticos sobre enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Manuel de Jesús Rivera del 15 al 30 de marzo de 2002. Se encontró que el 69% de las madres no conocen signos de diarrea, que un 8% conoce como preparar un suero de rehidratación oral. Los niños más afectados fueron los menores de dos años. (8)

Espinal y Padilla realizaron un estudio en el Centro de Salud de Acoyapa (Chontales) de septiembre a octubre de 2003 acerca del conocimiento de las madres sobre signos de alarma de EDA en niños menores de cinco años el que reportó que el 68% de las madres de menores de cinco años conocen dos o más signos de alarma de diarrea, los que más identificaron las madres fueron muchas heces líquidas en un 75.6% seguido de vómitos repetidos 37.8% considerando ambos signos como de gravedad en un 73.3%. En conclusión de las madres que

asistieron al centro de salud solo una parte acude inmediatamente y cambian su decisión en relación al tiempo que esperarían según la edad del niño, llevando inmediatamente al menor de dos meses, después de un día al niño de dos a once meses y esperando dos o más días al pequeño de uno a cuatro años. (7)

Un estudio sobre las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad diarreica en niños de 29 días a 36 meses de edad, julio a agosto de 1989 en el H.F.V.P.: Predominó en menores de un año, con algún grado de desnutrición, el tipo de diarrea más frecuente fue la líquida aguda, el mayor porcentaje de pacientes tenía consulta médica previa y cursó con deshidratación grado I y la mitad de los niños habían recibido antibióticos. Además se encontró que en el 80% de los pacientes con diarrea líquida aguda se usó antibióticos, siendo significativo para el uso de los mismos el estado nutricional y la presencia de moco y sangre en las heces. El antibiótico más utilizado fue ampicilina y no se encontró significancia estadística con el uso de antimicrobianos en la evolución de la diarrea. (6).

Latino Elsa y Guerrero Alejandro en un estudio realizado en el año 2006 en el hospital primario Monte Carmelo "Nandaime" sobre aplicación de las normas de AIEPI en niños de 2 meses a 4 años encontraron que el grupo de edades más afectado fue el de 2 – 11 meses en un 61.40%, seguido del grupo de 1 – 4 años en un 38.60% con predominio en afectación al sexo masculino en ambos grupos de edades, de los afectados, el 64.28% eran procedentes de área urbana, con respecto al estado nutricional, predominó el eutrófico en 58.5%, seguido del bajo peso en 27.1%. Según los signos y síntomas registrados en el estudio, el de mayor predominio en orden de frecuencia fue ojos hundidos en 57.1%, seguido de "dejo de comer y beber" en 51.4%, seguido del signo del pliegue cutáneo en 48.6%.

Con respecto a la clasificación de la diarrea, sobresalió diarrea con algún grado de deshidratación en 41.4%, seguido de diarrea sin deshidratación en un 28.6%, 15.7% diarrea con deshidratación grave y 14.3% disentería, la diarrea es clasificada de

manera correcta en 100% por médicos de base, 83.71 correcta en médicos generales y 84.2% correcta en médicos en servicio social, el plan de rehidratación más usado fue el plan B en 35.7% de los casos, seguido del plan c en 32.7% y según la pertinencia del tratamiento, fue correcto en 100% los médicos de base, 86.6% los médicos generales y 77.7% los médicos en servicio social. (Latino & Alejandro Guerrero, 2006)

Martínez E. y Torres P. en su estudio realizado en el hospital Amistad Japón – Nicaragua en el periodo de mayo a octubre del 2011 sobre el comportamiento clínico epidemiológico de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, encontraron que la edad más afectada fue la de 12 a 36 meses en 46.2%, siendo más afectado el sexo masculino en 51.7%, al inspeccionar el estado general, el 86% presentaban irritabilidad y el 78.3% ojos hundidos, 77.6% bebían con avidez, 70.6% presentaban vómitos, en la clasificación de la diarrea, predominó diarrea con algún grado de deshidratación en 75.5% y 6.3% diarrea con deshidratación grave. Se identificó que en el 100% de los niños con diarrea con deshidratación grave se usó el plan C de rehidratación, pero además se encontró que el 83.4% de los niños con diarrea más algún grado de deshidratación también se usó plan C y en 8.6% de casos de diarrea sin deshidratación también se prescribió el plan C.

Justificación

Las enfermedades diarreicas constituyen en la mayoría de los países en vía de desarrollo, una de las principales causas de morbi-mortalidad en niños menores de cinco años, ocupando uno de los primeros lugares en las consultas médicas de la atención primaria, en base a esta situación a principio de la década de los 90, la OMS; OPS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integra todas las intervenciones de prevención, tratamiento y promoción de la salud, que puede ayudar a reducir la morbi-mortalidad en la niñez, al clasificar y tratar adecuadamente al paciente en el nivel primario de atención, se reducen las complicaciones y costo de hospitalización.

La estrategia de AIEPI fue reconocida como el modelo de atención más efectivo para mejorar la salud del niño y contribuir a la aplicación de medidas preventivas y de promoción de la salud infantil, ya que permite estandarizar los procedimientos en todos los niveles de atención.

Para que la población tenga acceso a la estrategia de AIEPI es necesario que el personal de salud del primer nivel de atención tenga los conocimientos y habilidades necesarias para su correcta aplicación. Este personal debe disponer regularmente de los suministros básicos que recomiendan la estrategia y otros medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades detectadas.

Considerando que AIEPI, es un pilar fundamental para modificar las estadísticas de morbilidad y mortalidad de casos por diarrea, hemos decidido elaborar el siguiente estudio para plantear estrategias en caso que no se cumplan, y de esta manera garantizar el cumplimiento de dicha guía, para que se brinde una atención con calidad y que permita disminuir la morbimortalidad infantil por esta patología.

Planteamiento del problema

La diarrea es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad infantil, produciendo millones de pérdidas de vidas en niños menores de 4 años siendo su principal causa la deshidratación por tal razón es de vital importancia el cumplimiento de dicha guía para la prevención de complicaciones en los pacientes.

Ante esa problemática, surge la necesidad de responder a la pregunta: ¿Es adecuado el cumplimiento de Guía AIEPI en el abordaje de la Diarrea, en niños menores de 4 años ingresados al servicio de pediatría, del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, en el periodo de julio a diciembre del año 2014?

Objetivo general:

Evaluar el Cumplimiento de la Guía AIEPI en el abordaje de la Diarrea, en niños menores de 4 años ingresados al servicio de pediatría, del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, en el periodo de julio a diciembre del año 2014.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
- 2) Conocer la clasificación clínica de los pacientes a estudio.
- 3) Determinar el abordaje diagnóstico de los pacientes a estudio.
- 4) Verificar el tratamiento de acuerdo a la clasificación y diagnóstico de los pacientes a estudio.
- 5) Conocer la condición de egreso de los pacientes a estudio.

Marco Teórico

Definición: Diarrea es el aumento de la frecuencia y el volumen de las deposiciones, aparecen más de tres deposiciones al día y por encima de los 200 grs presentando pérdidas de agua y electrolitos. Esto se exceptúa en el recién nacido y lactantes alimentado al seno materno que presentan evacuaciones más frecuentes y que esto no se considera como diarrea. (12)

Epidemiología de la diarrea

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 1,5 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. (14)

Cada año, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo. Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.

En 1980 cifras estimadas por la OMS registraban más de 1,000 millones de episodios de diarrea, con un promedio de 3,3 episodios/niño/año y una mortalidad de 4 millones 600 mil niños menores de 5 años.

En 1990 la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), después de una década de trabajo con la introducción y establecimiento de la terapia de rehidratación oral (TRO) en más de 120 países, la cifra de defunciones se había reducido a 3,3 millones y la morbilidad había disminuido a 2,6 episodios de diarrea por niño por año en menores de 5 años.

En 1993 la OMS reportó 12,2 millones de defunciones en menores de 5 años, de las cuales 3,1 millones corresponden a enfermedades diarreicas; de éstos el 50 % se debió a deshidratación por diarrea acuosa aguda, el 35 % a diarrea persistente y el 15 % disentería. El 80 % de las defunciones ocurrió en los 2 primeros años de la vida. Con el uso de las sales de rehidratación oral (SRO), un cuarto de siglo posteriormente del inicio de su difusión, se salva más de 1 millón de vidas cada año.

En 2004, las enfermedades diarreicas fueron la tercera mayor causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, tras la neumonía. De los 1,5 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas en 2004, el 80% tenían menos de dos años.

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. (14)

Se piensa que un 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes. La mejora del abastecimiento de agua reduce entre un 6% y un 21% la morbilidad por diarrea, si se contabilizan las consecuencias graves.

La mejora del saneamiento reduce la morbilidad por diarrea en un 32%. Las medidas de higiene, entre ellas la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos, pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta un 45%.

La mejora de la calidad del agua de bebida mediante el tratamiento del agua doméstica, por ejemplo con la cloración en el punto de consumo, puede reducir en un 35% a un 39% los episodios de diarrea.

Incidencia por grupos de edad

El grupo más afectado es el de 6 a 11 meses de edad, seguido del de 12 a 23 meses y luego el de 0 a 6 meses, este último grupo no es el más afectado debido a las prácticas (aunque aún sub-óptimas) de lactancia materna. A partir del 2do año de vida la incidencia disminuye progresivamente; definiéndonos un grupo de mayor riesgo: el menor de 2 años. (15)

Mortalidad por diarrea

En América Latina y Asia las mayores tasas de mortalidad entre menores de 5 años se registran de los 0 - 11 meses y 12 - 23 meses, con tasas superiores a 20 muertes/1000 niños/año. El grupo de 2 - 4 años tiene tasas de mortalidad alrededor de 5 muertes/1000 niños/año.

Situación Nacional actual:

					Tasas			
Casos EDA	188778	218740	208209	203608	372.1	431.3	389.8	371.4
Muerte EDA	154	192	149	183	3.02	3.79	2.79	3.34

					Tasas			
Muerte EDA	90	153	146	125	1.60	2.79	2.61	2.23

La epidemia, a inicios de 2005, casi duplicó la tasa de mortalidad por diarrea. Esto pudo deberse a que el sistema de salud no estaba preparado ni esperaba un brote de tal magnitud en esa época del año, teniendo como resultado un incremento importante de la letalidad, que estuvo repercutiendo aun hasta la segunda semana de junio (semana 25); fundamentalmente por prácticas de manejo de la diarrea no óptimas que incluyen: abuso de laxantes naturales y fármacos que no han demostrado ninguna eficacia y a veces más bien agravan la diarrea, así como de antimicrobianos, inclusive por el personal de servicios de salud(15).

Tipos clínicos de diarrea

Diarrea aguda, líquida: diarrea simple que no sobrepasa más de 14 días. Duración usual 3 - 5 días. Riesgos de deshidratación e hipocalcemia.

Disentería: diarrea con evacuaciones sanguinolentas y/o purulentas. Riesgo de daño intestinal y toxemia.

Persistente: diarrea líquida o disenteriforme de más de 14 días o dos semanas de duración. Mayor riesgo de desnutrición y letalidad.

La diarrea crónica siendo esta aquella que dura más de 30 días y que no tienen causa infecciosa, aunque puede iniciarse por una infección. La diarrea crónica es

de tipo recurrente; ejemplos: aquellas causadas por sensibilidad al gluten o desórdenes metabólicos hereditarios.

Diarrea:

La diarrea aguda líquida, ocurre en 70% o más de los casos, es la más frecuente y causa aproximadamente el 50% de las muertes por diarrea. La disentería se estima alrededor del 20% de los casos es responsable de aproximadamente el 15% de las muertes. La diarrea persistente que ocurre aproximadamente en el 10% de los casos provoca en cambio más o menos el 35% de las muertes. Es la de mayor riesgo de letalidad.

Etiología:

Según el grado de deshidratación:

Durante la diarrea hay una mayor pérdida de agua y de electrólitos (sodio, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas. También se pierden agua y electrólitos a través del vómito, el sudor, la orina y la respiración. La deshidratación ocurre cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuadamente y se produce un déficit de agua y electrólitos.

El grado de deshidratación se clasifica según los signos y síntomas que reflejan la cantidad de líquido perdido:

Deshidratación grave, cuando hay dos o más de signos o síntomas presente:

Letargia/inconsciencia

Ojos hundidos,

Incapacidad para beber o bebe menos de lo necesario

Persistencia del pliegue cutáneo, regresa muy lentamente (> 2 seg).

Causas:

Algún grado de deshidratación, cuando hay dos o más de signos o síntomas presente:

Inquietud, irritabilidad

Ojos hundidos

Bebe con avidez, sediento

Persistencia del pliegue cutáneo, regresa lentamente.

Sin deshidratación: No hay ninguno de los síntomas o signos anteriores.

Diagnósticos diferenciales

Diarrea aguda

Diarrea persistente

Disentería

Diarrea relacionada con el uso reciente de antibióticos

Diarrea crónica

Intolerancia a la lactosa

Etiología

Existen tres grupos etiológicos de la diarrea aguda en la infancia.

Infecciones enterales son producidas por virus en el 80% de los casos ocupando el primer lugar el rotavirus, el Norwalk y adenovirus enterales, las bacterias como Salmonella, EcherichiaColi, ClostridiumDifficile, Shigella y Campylobacter y los parásitos principalmente la EntamoebaHistolytica, Giardia Lambia que se manifiesta en un 15 al 30%.

Infecciones parenterales: Se producen en los primeros meses de vida, asociándose a Infecciones respiratorias, urinarias y generalizadas como la sepsis. Aunque también están involucrados las infecciones del tracto urinario e intrabdominales.

Causas no infecciosas. Comprende el uso de exagerado de algunas dietas con alto contenidos calóricos, hiperosmolares, intolerancia a la proteína de la leche de la vaca. Procesos inflamatorios intestinales (colitis, enfermedad de Crohn y ulcerosas) y factores tóxicos como los laxantes u anti metabolitos.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo se encuentran:

El niño no alimentado con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad.

Desnutrición

El bajo peso al nacer

Enfermedades por déficit inmunológico (enfermedades respiratorias previas)

Falta de agua potable o de agua aptas para el consumo humano.

Fecalismo al aire libre

Disposición inadecuada de las aguas residuales

La falta de higiene en la preparación de los alimentos y lavado de manos adecuadamente.

Uso indiscriminado de antibióticos y/o medicamentos purgantes.

La falta de vacunaciones específicamente contra el rotavirus y el sarampión.

Antecedentes de diarrea en la familia y la comunidad

Madres adolescentes

Nivel de escolaridad bajo.

Hacinamiento

Comidas frías

Diarrea aguda con o sin deshidratación

Diagnóstico

La diarrea aguda es un proceso auto limitado que en la mayoría de los casos solamente es adecuada la historia clínica y una cuidadosa exploración física.

Manifestaciones clínicas

Preguntar:

Características de las evacuaciones (líquidas o acuosas y la consistencia está disminuida)

Frecuencia de las deposiciones (3 ó más en 24 horas)

Presencia de sangre y moco en las heces
Presencia de vómitos
Fiebre, dolor abdominal
Presencia de pujo, tenesmo
Alteraciones en el estado de conciencia y/o presencia de convulsiones
Presencia de signos de deshidratación

Evalúe

Valorar el estado general del niño(a), incluyendo el estado de conciencia.
El estado de hidratación, haciendo énfasis en los signos y síntomas de deshidratación.
Investigar si ha habido pérdida de peso
Investigar si hay signos de complicación abdominal como: presencia de masas palpables en abdomen, abolición o disminución de la peristalsis intestinal o distensión abdominal
Revisar si hay presencia de patologías asociadas como: otitis, neumonía, infección de vías urinarias entre otras.

Exámenes de laboratorio

Habitualmente no suelen estar indicados y solo deben solicitarse cuando sean necesarios para valorar el grado de afectación del niño o niña.

El hemograma, hemocultivo y general de orina contribuye muy poco con el diagnóstico de la diarrea aguda, solo debe indicarse en caso de: alteraciones del estado general o signos de bacteriemia.

El frotis de material fecal y examen microscópico no son muy recomendados a menos que pensemos que hay gérmenes penetrante donde buscaría la presencia de sangre, moco y leucocitos en las heces que nos indicaría afectación del colon.

El pH y sustancia reductoras fecales, con la presencia de pH ácido (menor de 5.5) es un signo de déficit de lactosa y mayormente se da en las infecciones por rotavirus.

Coprocultivo, no está recomendado en forma habitual, solamente está recomendado en casos que tengan alteración del estado general y diarrea prolongada. (12)

Criterios de hospitalización

Intolerancia a la rehidratación oral o fracaso de la terapia de rehidratación oral

Deshidratación grave

Reingreso por deshidratación

Necesidad de tratamiento de un foco extradigestivo

Sospecha de enfermedad susceptible de tratamiento quirúrgico

Desnutrición grave

Pérdida del apetito y/o vómitos

Diarrea a repetición

Persistencia del cuadro clínico que obliga a realizar estudios diagnósticos.

Afecciones neurológicas (convulsión)

Presencia de sangre en las heces

Fiebre alta

Distensión abdominal

Síndrome hemolítico urémico

Niño con historia de sufrir maltrato

Enfermedad diarreica persistente grave

Tratamiento médico

Los antibióticos no se deben usar en forma sistemática. Al ser la diarrea aguda en el niño(a) un proceso infeccioso autolimitado en la mayoría de los casos, sólo estarían justificados los antibióticos en:

Pacientes inmunodeprimidos con enfermedad grave de base.

Todos los casos de diarrea aguda por *Shigella* y la mayoría de los producidos por *E. colienteroinvasiva* y entero patógena, *Clostridium difficile*, *E. Histolytica*, *Giardia* *Lamblia* o *Vibrio Cholerae*;

Algunos casos de infección por *Campylobacter*, sobre todo si el tratamiento es precoz, por *Yersinia*, en casos de enfermedad grave y por *Salmonella* en lactantes menores de 3 meses con bacteriemia.

Los medicamentos anti protozoarios son indicados con alguna frecuencia (diarrea persistente con signos y síntomas sugestivos de una etiología por protozoos).

Inicie el tratamiento con zinc a una dosis de 10 mg una vez al día si el niño(a) tiene menos de 6 meses y si es mayor de 6 meses administre 20 mg por día, durante 14 días.

Los medicamentos «antidiarreicos» y «antieméticos» no deben administrarse ya que no previenen la deshidratación ni mejoran el estado nutricional y algunos tienen efectos colaterales peligrosos, a veces mortales.

Diarrea con deshidratación severa

Evalúe el estado de hidratación: recuerde que en el niño(a) con deshidratación grave y acompañado de desnutrición severa la evaluación basada únicamente en

los signos clínicos, resulta difícil. Por consiguiente todos los niños(as) con diarrea acuosa pueden estar deshidratados.

Comience las soluciones intravenosas: solución Hartman o solución salina normal de inmediato (Plan C). Si el niño(a) está siendo acompañado de un proceso de desnutrición severa, administre los líquidos con precaución, en infusión lenta para no sobrecargar la circulación y el corazón. Mientras se instala el goteo, administre al niño(a) las SRO de baja osmolaridad, si está en condiciones de beber.

Control y seguimiento - Esté alerta para identificar los signos de sobre hidratación (respiración rápida y un pulso acelerado), esto puede conducir a insuficiencia cardiaca, verifique: frecuencia respiratoria, frecuencia del pulso, frecuencia de la orina, frecuencia de evacuaciones líquidas y vómitos.

Si usted observa signos de sobre hidratación detenga de inmediato la administración de líquidos y reevalúe al niño(a) una hora después.

Después, reevalúe al niño(a) verificando el pliegue cutáneo, el estado de conciencia y la capacidad de beber para confirmar que la hidratación mejora.

El retorno de las lágrimas, la boca húmeda, los ojos y la fontanela menos hundidos, y una mejor turgencia de la piel son también signos de que la rehidratación progresa, pero muchos niños(as) que están severamente desnutridos, no mostrarán todos estos cambios aun cuando estén totalmente rehidratados.

En los niños(as) desnutridos el volumen sanguíneo bajo puede coexistir con la presencia de edema, inclusive puede presentar hipovolemia y edema al mismo tiempo.

Es común que los niños(as) desnutridos evacuen heces en pequeñas cantidades, no formadas, estas no deben confundirse con las heces acuosas profusas.

Si el niño(a) mejora pero todavía muestra signos de algún grado de deshidratación, interrumpa el tratamiento intravenoso y dele las SRO durante 4 horas según el Plan B.

Si no hay ningún signo de deshidratación, continúe con el Plan A.

Observe al niño(a) durante al menos 6 horas antes de darle el alta a fin de confirmar que la madre está preparada para continuar la hidratación del niño(a) dándole la solución de SRO de baja osmolaridad.

Todos los niños(as) deben comenzar a recibir las SRO, de preferencia las de baja osmolaridad (cerca de 5 mL/kg/hora) por taza cuando puedan beber sin dificultad (generalmente dentro de las 3-4 horas en el caso de los lactantes, o 1-2 horas, en los niños(as) mayores). Esta solución les proporciona álcalis y potasio adicionales, que la solución intravenosa no les puede suministrar en cantidades adecuadas.

Si el niño(a) es amamantado, debe continuarse animando a la madre que continúe dándole el pecho materno.

Explíquele a la madre la importancia de completar el tratamiento con zinc por 14 días.

Plan de rehidratación "Plan C"

Tratar la deshidratación grave y el shock tanto en niños(as) CON o SIN desnutrición severa

Importante valorar si el niño(a) solamente tiene diarrea más deshidratación o presenta diarrea con deshidratación y además se acompaña de desnutrición severa; RECUERDE el manejo de los líquidos es diferente.

Para ambos casos realice lo siguiente:

a) Canalizar una vena periférica inmediatamente.

No hay signos de deshidratación

En estos niños(a) no hay ningún signo de deshidratación, sin embargo, es necesario orientarles sobre la importancia de administrar líquidos adicionales para prevenir la deshidratación.

Aproveche el momento para brindar consejería utilizando el método recomendado por OMS para favorecer la comunicación con las madres:

1er paso, Pregunte:

¿Que ha estado haciendo para tratar la diarrea en casa?

Refuerce aquellos aspectos que necesitan ser mejorados.

2do paso, Felicite a la madre por llevar a su niño(a) a la unidad de salud, tratar la diarrea en casa y por el cuidado realizado a su hijo(a).

3er paso, Oriente a la madre.

Enséñele a la madre a preparar las SRO de baja osmolaridad y la cantidad que le deberá administrar al niño(a) así como las ventajas de usar las SRO de baja osmolaridad.

Explique a la madre cómo debe administrarle la tableta de zinc, cuáles son las ventajas si cumple con el tratamiento completo. Explique qué hacer si el niño(a) vomita la tableta.

4to paso, Verifique si la madre comprendió los consejos que usted le dio, aclare dudas o confusión sobre el tratamiento de la diarrea en su casa.

Motive a la madre a cumplir con las cuatro reglas del tratamiento de la diarrea en casa (ver cuadro 22).

Complicaciones más frecuentes de la diarrea:

Deshidratación

Alteraciones hidrometabólicas

Íleometabólico
Enterocolitisnecrotizante
Obstrucción Intestinal
Septicemia
Malnutrición
Invaginación Intestinal

Diarrea persistente

Definición

La diarrea persistente es la diarrea, con o sin sangre, que empieza en forma aguda, dura 14 ó más días y de presunta etiología infecciosa, se excluye a aquellos desordenes diarreicos crónicos como la enteropatía sensible al gluten, el sprue tropical, colon irritable y el síndrome de asa ciega, la diarrea persistente afecta el estado nutricional y pone al paciente en riesgo sustancial de muerte.(12)

Clasificación

Diarrea persistente grave: cuando hay algún grado de deshidratación o desnutrición grave.

Diarrea persistente NO grave: es cuando no hay signos de deshidratación ni desnutrición grave. Sin embargo requieren de orientaciones adecuadas sobre la alimentación y continuar dándole una mayor cantidad de líquidos.

A. Diarrea persistente grave

Los lactantes o los niños(as) con diarrea que dura más de 14 días, con signos de deshidratación, padecen diarrea persistente grave y requieren tratamiento en el hospital. La diarrea persistente grave está relacionada generalmente con signos de desnutrición y a menudo con serias infecciones no intestinales, como la neumonía, HIV/SIDA. Estos niños(as) requieren tratamiento en el hospital hasta

que haya disminuido la diarrea, su estado sea estable y comiencen a aumentar de peso.

Etiología:

E. Coli entero invasiva, entero patógena,

Campylobacter

Salmonellas

Shigella

Clostridiumdifficile y Klebsiella.

Los parásitos comprometidos en diarrea prolongada son las: GiardiaLambia, la Entamoebahistolytica, el blastocystishominis y el Crytosporidium spp, en estos últimos se asocia especialmente con infección por VIH/Sida.

Entre los virus causantes de diarrea prolongada están el: VIH/Sida, el enterovirus, el picornavirus y el astrovirus humano.

Diagnóstico

Historia clínica lo más completa posible, identificando si se trata de una situación aguda o de un proceso ya conocido.

Tipo de alimentación si es alimentado con leche de origen animal, uso de catárticos o laxantes, antibióticos u otros fármacos.

Utilización de comidas rápidas o enlatados con preservantes.

Identificar las características de la diarrea: momento y forma de comienzo, color, olor, consistencia y aspectos de las deposiciones, presencia de sangre, moco o pus.

Cronología de los síntomas acompañantes sean estas digestivas (apetito, vómitos, hemorragias digestivas, abdominales como la distensión abdominal) o extra digestivos (fiebre, artralgias o bien problemas respiratorios).

Antecedentes precisos de: intervenciones quirúrgicas, gastroenteritis agudas, administración de fármacos o enfermedades generales.

En la exploración física, debe valorar las alteraciones de carácter general y exploración por aparatos relacionados con el estado nutricional valorando: pérdida de peso, desaparición del panículo adiposa, atrofia de la masa muscular y distensión abdominal. La exploración abdominal debe ser cuidadosa así como la inspección anal y el tacto rectal.

Exámenes complementarios

Examen de heces valorando macroscópicamente olor, consistencia y presencia de sangre, moco o pus y microscópicamente se buscaran células inflamatorias y leucocitos, bacterias, parásitos, quiste o huevo.

Azúcaresreductores en heces.

Examen general de orina, hemograma, plaquetas, velocidad de sedimentación globular y glucosa en sangre.

Tratamiento

La diarrea persistente grave, con frecuencia se acompaña de signos de desnutrición, y a veces con proceso infeccioso que lo lleva a un cuadro agudo de deshidratación si no es abordado adecuadamente, o como consecuencia de su mismo problema nutricional que la convierte en un proceso crónico con tendencia a agudizarse en cualquier momento.

Evalúe en el niño(a) los signos de deshidratación y clasifique.

Adminístrele líquidos de acuerdo a los planes de rehidratación B o C según corresponda.

Las SRO de baja osmolaridad son eficaces para la mayoría de los niños(as) con diarrea persistente. En unos pocos, sin embargo, la absorción de glucosa está disminuida y las SRO no es eficaz. Cuando a estos niños(as) se les administra las SRO, el volumen de sus heces aumenta considerablemente, se incrementa la sed, aparecen o empeoran los signos de deshidratación y las heces contienen una cantidad importante de glucosa no absorbida. Estos niños(as) requieren

rehidratación intravenosa hasta que puedan tomar las SRO sin que cause un empeoramiento de la diarrea.

Se considera que el zinc es decisivo para que los niños(as) desnutridos se recuperen de la enfermedad diarreica, al demostrarse relación entre diarrea y reducción de sus niveles plasmáticos. Los mecanismos que benefician el uso de zinc en niños(as) con enfermedad diarreica son:

Favorecimiento de la absorción de agua y electrolitos por el intestino.

Regeneración del epitelio intestinal y restauración de sus funciones.

Incremento de los niveles de las enzimas del borde en cepillo de los enterocitos.

Mejoramiento de los mecanismos inmunológicos locales contra la infección, que incluyen inmunidad celular y elevación de los niveles de anticuerpos secretores, a la vez que mejora el apetito y por tanto el ingreso de nutrientes.

Reduce los episodios y la duración de la diarrea

El tratamiento sistemático de la diarrea persistente con antibióticos no es eficaz y no debe prescribirse. Algunos niños(as), sin embargo, padecen infecciones intestinales o no intestinales que requieren antibiótico terapia específica.

Examine a cada niño(a) con diarrea persistente para detectar infecciones no intestinales tales como: neumonía, septicemia, infección de vías urinarias, candidiasis bucal y otitis media y, proporcione el tratamiento adecuado.

Trate la diarrea persistente con presencia de sangre en las heces con un antibiótico oral eficaz contra *Shigella*, como Furazolidona 8 mg/kg/día dividido en 3 dosis por 5 días o Acido Nalidíxico 15 mg/kg/dosis cada 6 horas por 5 días.

Igualmente indicar también Furazolidona cuando el cuadro clínico es sugestivo de un proceso amebiano y/o el examen microscópico de heces frescas llevado a cabo en un laboratorio donde revela Trofozoitos de *Entamoebahistolytica* con eritrocitos en el interior; o en aquellos casos, en los cuales se han administrado dos antibióticos diferentes, que generalmente son eficaces contra *Shigella* sin conseguir mejoría clínica.

Debido a que la diarrea persistente es una manifestación clínica de VIH/Sida a estos niños(as) debe tomárseles la muestra según protocolo definido.

Aspectos importantes a vigilar:

Frecuencia de las evacuaciones diarreicas

Presencia de fiebre

Ingesta de alimentos (a los niños(as) que han respondido bien se les dará además frutas fresca y hortalizas bien cocidas).

Peso corporal uno de los criterios más importante es el aumento de peso. Muchos de los niños(as) perderán peso durante 1-2 días, y luego aumentarán en forma sostenida, a medida que se controlen las infecciones, vaya desapareciendo la diarrea y manejo alimentario sea abordado adecuadamente. Se considera que si hay aumento de peso cuando la curva muestra un incremento sostenido durante tres días sucesivos, de manera que la mayoría de los niños(as) para el día 7 su peso será mayor que en el día de su ingreso.

B. Diarrea persistente NO grave

Es todo niños(as) con diarrea que dura 14 días o más. Sin embargo, no tienen ningún signo de deshidratación ni desnutrición grave.

Tratamiento

Estos niños(as) no requieren ser ingresados al hospital. Sin embargo, el personal de salud deberá brindar información a la madre o tutor (a) sobre alimentación y líquidos adecuados.

Considere al niño(a) como un paciente ambulatorio.

Prevenir la deshidratación: administre líquidos según lo indicado en el Plan A para el tratamiento de la diarrea, las SRO de baja osmolaridad son eficaces para la mayoría de los niños(as) con diarrea persistente.

En unos pocos, sin embargo, la absorción de glucosa está disminuida y cuando se les administra las SRO hay un incremento considerable del volumen de heces, aumento de la sed, aparecen o empeoran los signos de deshidratación y las heces contienen una gran cantidad de glucosa no absorbida. Estos niños(as) necesitan ser hospitalizados para la rehidratación intravenosa hasta que puedan tomar las SRO sin que se agrave la diarrea.

Detectar y tratar infecciones específicas

No utilice sistemáticamente antibióticos para el tratamiento puesto que no son eficaces. Sin embargo, administre el tratamiento con antibióticos a los niños(as) con infecciones específicas no intestinales o intestinales. Hasta que estas infecciones sean tratadas correctamente la diarrea persistente mejorará.

No se debe utilizar antiparasitarios de forma rutinaria.

Si hay Infecciones no intestinales: Examine a cada niño(a) con diarrea persistente para detectar infecciones no intestinales, tales como neumonía, septicemia, infección de vías urinarias, candidiasis bucal y otitis media. Trate con antibióticos según lo establecido en estagúa.

Si hay Infecciones Intestinales: Trate la diarrea persistente con sangre en las heces con un antibiótico oral que sea eficaz contra *Shigella*, como Furazolidona 8 mg/kg/día VO dividido en 3 dosis por 5 días, Acido Nalidíxico 15 mg/kg/dosis cada 6 horas por 5 días.

Control y seguimiento

Es importante valorar si hay tolerancia a la alimentación, llevar el registro de lo consumido o rechazado tanto líquidos como de sólidos.

En el caso de que el paciente se haya complicado con insuficiencia cardíaca, la ingesta de líquidos debe estar restringida estrictamente al criterio médico.

Una vez corregida la deshidratación, continuar la lactancia materna y en el caso de que no está siendo amamantado se deberá insistir en la re lactación principalmente en menores de 1 año.

La lactancia materna debe continuar durante tanto tiempo y con tanta frecuencia como desee el niño(a). En el caso que el niño(a) con deshidratación grave se le esté rehidratando de acuerdo al plan C se deberá suspender otros alimentos durante el período de 4 a 6 horas.

Si al lactante se le diagnóstica diarrea persistente, ingréselo al hospital, busque signos de deshidratación, investigue la causa, trate la deshidratación de acuerdo al plan que le corresponde.

Si el niño(a) no es amamantado, dele un sucedáneo de la leche materna que sea bajo en lactosa, o que no contenga lactosa. Use una cuchara o taza, no use biberón. Cuando el niño(a) haya mejorado, ayúdele a la madre a restablecer la lactancia.

Si el niño(a) toma leche de origen animal, considerar la posibilidad de reemplazar con productos lácteos fermentados (por ejemplo yogur), que contienen menos lactosa y son mejor tolerados.

Si no es posible reemplazar la leche de origen animal, limitar esta leche a 50 mL/kg/día. Mezclar la leche sin diluirla con el cereal del niño(a).

Si la madre no amamanta al niño(a) porque es VIH positiva, debe recibir orientación adecuada acerca del uso correcto de los sucedáneos de leche materna

Si el niño(a) tiene más de 6 meses la alimentación debe reiniciarse tan pronto pueda comer el niño(a). Debe dársele alimentos 6 veces al día para lograr una

ingesta total de al menos 110 kcal/kg/día. Sin embargo, muchos niños(as) no comerán bien hasta tanto no se haya tratado cualquier infección grave durante 24-48 horas.

Si la diarrea no mejora en una semana, plantear otros esquemas nutricionales que bien puede ser la Fórmula 75 con o sin cereal.

Antes de dar el alta al niño(a), se deben administrar de nuevo alimentos lácteos para comprobar si se ha resuelto la intolerancia.

Los cuadros diarreicos prolongados o crónicos donde el niño(a) continúa perdiendo peso y ya han sido tratadas las posibles causas (infecciosas o parasitarias), el manejo básico es dietético.

No olvidar que el desnutrido severo tarda en producir heces formadas, por lo tanto la persistencia de evacuaciones líquidas y frecuentes pero que no alteran el equilibrio hidroelectrolítico y que no provocan disminución de peso no nos deben de obligar a realizar un cambio de fórmula.

Recuérdale a madre que si la diarrea empeora o se presentan otros problemas, después de 5 días o antes, dígale que traiga al niño(a) para reevaluación.

Al reevaluar al niños (as) valore si ha aumentado de peso o cuya diarrea no ha mejorado, para detectar cualquier problema, por ejemplo, deshidratación o infección, que requieren atención inmediata o ingreso en el hospital.

Los que han aumentado de peso y que tienen menos de tres deposiciones por día, pueden reanudar un régimen alimentario normal para su edad.

En el caso de haberse demostrado una intolerancia a la lactosa se deberá ofrecer fórmula libre de lactosa. «En los niños(as) malnutridos es rara una intolerancia a la leche con significancia clínica. Este diagnóstico debe establecerse sólo si se

produce una diarrea acuosa profusa justo después de haber consumido comidas lácteas (por ej., FB-100), la diarrea mejora con claridad cuando se reduce o se interrumpe el aporte de leche y reaparece cuando se da leche de nuevo. Otros signos son las heces ácidas ($\text{pH} < 5,0$) y la presencia de mayores niveles de sustancias reductoras en las heces. En tales casos, la leche debe sustituirse parcial o totalmente por yogur o una fórmula comercial sin lactosa. Antes de dar el alta al niño(a), se deben administrar de nuevo alimentos lácteos para comprobar si se ha resuelto la intolerancia.

DISENTERÍA

Definición

La disentería es la presencia de expulsiones de excrementos acuosos o laxos acompañados de sangre, que puede o no presentar síntomas generales mínimos.

Etiología

La más frecuente son las *Shigellaspp* (*dysenteriae*, *sonnei*, *boydii* y *flexneri*), *Salmonellas*, *Campylobacterjejuni*, *Escherichiacoli* (Enteroinvasiva y Enterohemorrágica) entre los parásitos la *Entamoebahistolytica* y *Giardialamblia*.

Factores de riesgo

Pacientes desnutrido

Menor de 12 meses de edad

No lactancia materna

Paciente inmunodeprimido

Infecciones

Presencia de diarrea persistente con sangre

Presencia de masas a nivel abdominal

Falta de agua potable o sin cloración

Preparación y almacenamiento inadecuado de los alimentos

Alimentos precocidos

Hacinamiento (CDI)

Fecalismo al aire libre

Falta de higiene y el lavado de manos

Exámenes de laboratorio

Amebas al fresco con la finalidad de detectar la presencia de Trofozoítos de Entamoebahistolytica.

Coprocultivo

Hemocultivo si es necesario

Hemograma más plaquetas sobre todo si se sospecha de anemia o proceso infeccioso.

Criterios de hospitalización

Presencia de signos generales de peligro

Diarrea persistente grave

Deshidratación

Desnutrido

Prolapso rectal

Fiebre elevada

Mal estado general

Menor de 12 meses de edad

Diarrea con sangre en las heces

Tratamiento

Los niños(as) de 12 meses a 4 años de edad sin deshidratación, pueden ser tratados en el hogar y regresar para la reevaluación dos días después, o antes si fuese necesario. Siempre y cuando haya un familiar que garantice la administración del medicamento y que identifique los signos de peligro y que pueda oportunamente traerlo a la unidad de salud.

Dado que la shigella leve a moderada es auto limitada. Se recomienda tratar solamente los casos severos de disentería con antibiótico.

Téngase en cuenta que el metronidazol, la estreptomina, el cloranfenicol, las sulfonamidas, los aminoglicósidos como la Gentamicina y la kanamicina, las cefalosporinas de primera y segunda generación como cefalexina y cefamandol al igual que la amoxicilina no son eficaces en el tratamiento de Shigella.

Adminístrele furazolidona 8 mg/kg/día VO dividido en 3 dosis por 5 días. Primera o segunda línea.

En la mayoría de los países, el antimicrobiano de segunda o tercera línea para los niños(as) de 2 meses a 5 años será el ácido nalidíxico VO a 15 mg/kg/dosis, 4 dosis diarias por 5 días, o ceftriaxona 50-75 mg/kg/día IV en una sola dosis diaria por 5 días.

Si en 48 hrs de tratamiento con ácido nalidíxico o furazolidona no muestra mejoría clínica, inicie el uso de ceftriaxona a 50-75 mg/kg/día IV, una vez al día durante 5 días. Tenga pendiente que si el niño(a) no estaba ingresada por favor converse con la madre y hágale ver la importancia de ingresarla(o) al hospital.

Resultados de ensayos controlados para abordar los efectos comparativos de las SRO de osmolaridad reducida con las SRO estándar de la OMS, son las siguientes:

- Redujo la necesidad de terapia intravenosa suplementaria y no programada en niños y niñas
- Las deposiciones durante la hidratación disminuyó cerca de un 20%
- El vómito se redujo en un 30%.
- La duración media de la enfermedad se redujo en 18%
- No se detectó riesgo adicional de desarrollar hiponatremia.

Suplementación con Zinc: Ventajas de su uso en los niños con diarrea.

- La duración de la diarrea persistente y disentería se acorta.

- Disminuye la severidad.
- Disminuye la incidencia de episodios futuros en los siguientes 2-3 meses.
- Hay menor probabilidad de morir por diarrea, neumonía, incluyendo la malaria

Las fuentes dietéticas más importantes y que favorece a la absorción del zinc se da cuando se consume: carnes rojas, hígado de pollo, huevo, pescados y mariscos, leche y leguminosas. Las menores cantidades se encuentran en las grasas, aceites, azúcares, alcoholes, vegetales de hojas verdes y frutas.

En la mayoría de nuestra población, es muy limitado el consumo de alimentos ricos en zinc, a lo que se agrega una ingesta alta en fitato y en calcio proveniente de las tortillas y de una dieta principalmente vegetariana; de lo anterior resulta un estado deficitario debido tanto a una disminución en la ingesta como a una inhibición en la biodisponibilidad del zinc de los alimentos.

El aporte nutricional recomendado de zinc.

Es de 5 mg/día para los lactantes,

10 mg/día para los niños menores de 10 años

Estado Nutricional.

El estado nutricional refleja en cada momento si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuadas a las necesidades del organismo. La evaluación del estado de nutrición debe formar parte del examen rutinario de la persona sana y es una parte importante de la exploración clínica del paciente enfermo.

El término **malnutrición** se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

Desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaría, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal.

Sobrealimentación estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaría, generando sobrepeso u obesidad.

La diarrea puede provocar desnutrición porque:

La persona pierde el apetito y come menos.

Durante la diarrea los alimentos se absorben menos, pasan más rápido por el estómago e intestinos y se aprovechan menos.

Las necesidades de nutrientes son mayores para luchar contra la enfermedad y reparar los daños provocados en el cuerpo.

Ciertos hábitos agravan el problema como por ejemplo suspender la alimentación durante o después de la diarrea.

Además, la diarrea es más grave, tarda más y es probablemente más frecuente en niños/as desnutridos.

Por eso, se habla de un "círculo vicioso entre la diarrea y la desnutrición".

De todos los datos antropométricos, los que han demostrado ser de mayor utilidad para valorar el estado de nutrición son: el peso, la talla, el perímetro craneal, el perímetro del brazo y el grosor del pliegue cutáneo.

Clasificación de desnutrición

Desnutrición crónica

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad.

Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención.

El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

Desnutrición aguda moderada

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

Desnutrición aguda grave o severa

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.

Clasificación del estado nutricional

Los indicadores antropométricos que se usarán para establecer la clasificación nutricional son:

Peso para talla y/o longitud como indicador del estado nutricional actual

Talla para edad y/o longitud para la edad como un índice de historia nutricional.
Utilizando las gráficas de crecimiento por edad y sexo.

Peso para la edad es útil con fines epidemiológicos, pero inadecuado para fines Clínicos, ya que no permite diferenciar entre un niño(a) que actualmente tiene desnutrición severa y un niño(a) con peso y estado nutricional adecuado pero con baja estatura.

IMC la fórmula para determinar Índice de Masa Corporal es: $\text{Peso (Kg.)} / \text{Talla en metros al cuadrado}$, el resultado se ubica en la línea vertical de la gráfica IMC para la edad según sexo.

Longitud: Medición de la talla en posición acostada en edades de 0 a 23 meses

Talla: Medición de la talla en posición supina en edades ≥ 2 años

Diseño metodológico:

Área de estudio:

El presente estudio se realizó en el Hospital Gaspar García Laviana departamento de Rivas en el mes de julio a diciembre 2014.

Tipo de estudio: se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Universo: estuvo constituido por 230 pacientes ingresados al servicio de pediatría con diagnóstico de Diarrea en el Hospital Gaspar García Laviana en el mes de julio a diciembre 2014.

Muestra: fueron 118 pacientes, de tipo probabilística, obtenido mediante la fórmula: $n_f = n/1+(n/N)$

- ▶ n = tamaño de la muestra
- ▶ z = es el equivalente de la confiabilidad, y se estima en 1.96, lo que equivale al 95% de las observaciones en la curva de distribución normal.
- ▶ p = es la frecuencia del problema.
- ▶ q = es lo opuesto a p = $(1-p)$
- ▶ N = es el tamaño de la población blanco (universo)
- ▶ d = es la precisión deseada.

Muestreo: fueron seleccionados por el método aleatorio sistémico, por medio de la fórmula N/n (N : universo, n : muestra) y que cumplan los criterios de inclusión, según la fórmula que da a 2 se realizará un listado de los expedientes totales y se seleccionara de la lista cada 2 al final se escogerán 118 números de expedientes de manera aleatoria que serán mi muestra a trabajar.

Criterios de inclusión:

- Niños o niñas de 1 mes a 4 años de edad.
- Que sean ingresados al servicio de pediatría con diagnóstico de Diarrea en el mes julio a diciembre 2014.

Criterios de exclusión:

- Niños o niñas menores de 1 mes o mayores 4 años de edad.
- Niños y niñas con expedientes incompletos
- Niños y niñas que abandonaron o fugaron de la unidad de salud

Técnicas y procedimientos**Obtención de la información:**

La información fue obtenida de fuente secundaria, mediante la revisión de expedientes clínicos, dichos expedientes serán seleccionados mediante la revisión del libro de egresos de estadística, la información contenida en los expedientes será extraída mediante el uso de una ficha de recolección previamente validada en el que se incluirán datos generales, e información necesaria para la investigación.

Plan análisis:

La información obtenida se introdujo al sistema computarizado y en el programa de Microsoft Excel donde se obtendrán frecuencias y porcentajes, Los resultados finales se presentaran en cuadros y gráficos.

Variables:

Objetivo # 1: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio

Edad

Sexo

Procedencia

Estado nutricional

Objetivo#2 conocer la clasificación clínica de los pacientes a estudio.

Diarrea aguda sin deshidratación.

Diarrea aguda con algún grado de deshidratación

Diarrea aguda con deshidratación grave.

Diarrea persistente.

Diarrea crónica.

Disentería.

Objetivo #3: Determinar el abordaje diagnóstico de los pacientes a estudio.

Indicación de exámenes de laboratorio

Interpretación de exámenes de laboratorio

Objetivo# 4: Verificar el tratamiento de acuerdo a la clasificación en pacientes a estudio

Plan de rehidratación indicado

Uso de Sulfato de zinc

Uso de antimicrobianos

Otros medicamentos utilizados para tratar la diarrea.

Objetivo #5: Conocer la condición de egreso de los pacientes a estudio

Alta

Abandono

Fuga

Traslado

Plan de tabulación

Manifestaciones clinica/clasificación de EDA segun estado de hidratación.

Clasificación de EDA según estado de hidratación/plan indicado.

Plan Indicado/ Tratamiento recibido.

Operacionalizacion de variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Objetivo # 1 Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento del diagnóstico de diarrea.	Meses, años	1-6 meses 6-12 meses 1-4 años
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Fenotipo	Masculino Femenino
Estado nutricional	Estado clínico relacionado con la condición del individuo, que favorecen el crecimiento y desarrollo.	Puntuación z	Eutrófico Emaciado Severamente emaciado Bajo peso Bajo peso severo Posible riesgo de sobrepeso sobrepeso Obeso
Procedencia	Zona geográfica de residencia habitual del individuo.	Lugar	Rivas Potosí Tola Belén Cárdenas Sn. Juan del Sur Buenos Aires Sn. Jorge Mayogalpa Atlagracia

Objetivo # 2 Conocer la clasificación clínica de los pacientes a estudio.

Variable	Definición/concepto		Escala/valor
Clasificación de la diarrea Según tiempo de evolución	Diarrea es el aumento de la frecuencia y el volumen de las deposiciones, aparecen más de tres deposiciones en 24 horas y por encima de los 200 gr. presentando pérdidas de agua y electrolitos.		Diarrea Aguda Diarrea persistente Diarrea prolongada (grave, no grave) Diarrea crónica Disentería
clasificación del estado de hidratación del paciente	Perdida de sodio, potasio y bicarbonato, que se producen durante la diarrea, la deshidratación ocurre cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuadamente y se produce pérdida de agua y electrolitos esta se clasifica según signos y síntomas.		Diarrea con deshidratación grave Diarrea con algún grado de deshidratación Diarrea sin deshidratación

Objetivo #3. Determinar el abordaje diagnóstico de los pacientes a estudio.

Exámenes de laboratorio		Indicación	Si No
BHC	Examen que mide el número de células sanguíneas	Interpretación	Si No

Citología Fecal	Examen de heces que identifica la presencia de glóbulos blancos, bacterias, sangre, moco, o parásitos que nos indique afectación del colon.	Indicación	Si No
		Interpretación	Si No
Coprocultivo	Prueba de laboratorio que implica el cultivo de células o microorganismos en un medio específico de crecimiento.	Realización	Si No
		Interpretación	Si No
PH y sustancias reductoras fecales	Representa la acidez relativa (o alcalinidad) de la materia fecal, y las moléculas de azúcar que pueden ser hidrolizadas o digeridas para dar dos moléculas de azúcares simples iguales o diferentes, como la sacarosa, la lactosa y la maltosa.	Realización	Si No
		Interpretación	Si No

Objetivo #4 Verificar el tratamiento de acuerdo a la clasificación en pacientes a estudio

Variable	Indicador	Definición/concepto	Escala/valor
Plan de rehidratación indicado	Según expediente	Manejo que se les da a los pacientes con SDA según el estado de hidratación	Plan A Plan B Plan C
Sulfato de zinc	Menor de 6 meses 10mg Mayor de 6 meses 20mg	Tratamiento de la diarrea que disminuye la duración y frecuencia	Si No
SRO		Solución de baja osmolaridad	Si No
Uso de antimicrobianos		Uso de Fármacos con acción bactericida o bacteriostática indicados en pacientes con diarrea.	Furazolidona Ac. Nalidixico ceftriaxona Si No Si No Si No

Objetivo #5: Conocer la condición de egreso de los pacientes a estudio

Variable	Indicador	Definición/concepto	Escala/valor
Condición de egreso	Según expediente	Es la condición de retiro de un paciente de los servicios de internamiento hospitalarios	Alta Abandono Fuga Traslado

Resultados

En el presente estudio se revisaron un total de 118 casos con síndrome diarreico agudo en niños ingresados al servicio de pediatría del Hospital Gaspar García Laviana en el periodo de julio-Diciembre 2014, cuyos resultados se obtuvieron de la revisión de expedientes disponibles en el centro Hospitalario Gaspar García Laviana.

En el grupo etéreo se encontró que el 52% corresponde a las edades comprendidas entre los 6 a 12 meses, 32% de 1 a 4 años, un 16% para los de 1 a 6 meses; 60% corresponde al sexo masculino y el 40% al femenino.

Con respecto a la procedencia el 46% de los pacientes en estudio eran de Rivas, 16% Tola, 14% San Jorge y Belén, 8% San Juan del Sur, 4% Potosí, Cardenas, y Moyogalpa 2%, Altagracia y Buenos Aires 1%.

En el estado nutricional de los pacientes en estudio 57% eran Eutrófico, 37% no fueron clasificados, 4% bajo peso, 2% sobrepeso. En relación a las manifestaciones clínicas encontradas fueron: bebe con avidez 49%, ojos hundidos 31%, inquieto/irritable 16%, incapacidad para beber 5%, letargia/inconciencia 3%, pliegue cutáneo regresa muy lentamente 2%.

Según la clasificación de la Enfermedad diarreica aguda con respecto al grado de hidratación se encontró que el 39% eran sin deshidratación, 56% con algún grado de deshidratación, 5% con deshidratación grave. De acuerdo al tiempo de evolución se encontró el 85% diarrea aguda, 12% disenteria, 3% diarrea persistente.

Dentro de los exámenes indicados en estos pacientes el 97% citología fecal, 92% BHC, de estos fueron interpretados 38% la BHC y 37% la citología fecal. El tratamiento recibido por los pacientes fue un 95% suero oral, 91% sulfato de zinc, 20% líquidos IV, 46% furazolidona, 8% con ceftriaxona.

Según el plan de tratamiento indicado el resultado fue: 55% plan B, 45% plan A y un 5% plan C. La condición de egreso de estos pacientes fue un 100% dado de alta.

En el plan indicado según estado de hidratación se encontró que el 100% de la enfermedad diarreica aguda sin deshidratación recibió el plan A, 98 % con algún grado de deshidratación recibió plan B y el 100% con deshidratación grave recibió el plan C.

De acuerdo al plan indicado y tratamiento recibido se encontró que el plan A recibió el 85% sulfato de zinc, 95% suero oral, 17% furazolidona; en el plan B recibió el 92% sulfato de zinc, 100% suero oral, 61 % furazolidona, 6% ceftriaxona;

27% líquidos iv; y en el plan C el 100% de los pacientes recibió sulfto de zinc, 33% suero oral, 100% ceftriaxona y el 100% líquidos iv.

Discusión de los Resultados

Según el presente estudio se encontró que en el grupo etareo el 52% corresponde a las edades comprendidas entre los 6 a 12 meses, estudio semejante Ruth Bove, López realizaron un estudio sobre el manejo terapéutico de las enfermedades diarreicas en los menores de 5 años de Julio a Agosto del 2001 de los centros de salud Alejandro Dávila Bolaños y Monimbó de Masaya se concluyó que el grupo etario que ingreso a la URO fue menor de 1 año, Latino Elsa y Guerrero Alejandro en un estudio realizado en el año 2006 en el hospital primario Monte Carmelo "Nandaime" sobre aplicación de las normas de AIEPI en niños de 2 meses a 4 años encontraron que el grupo de edades más afectado fue el de 2 – 11 meses en un 61.40%, esto se debe a la susceptibilidad de estas edades, el inicio de la ablactación con malas técnicas de higiene con los alimentos además de la falta de lactancia materna exclusiva. Se presentó un 60% que corresponde al sexo masculino y el 40% al sexo femenino, teniendo semejanza con el estudio de casos y controles que se realizó en un hospital urbano de Bogotá, Colombia, entre abril de 2000 y febrero de 2001. Se seleccionaron 290 niños menores de 5 años de edad donde el 52,8% eran del sexo masculino y el 47,2% del femenino, Latino Elsa y Guerrero Alejandro en un estudio realizado en el año 2006 en el hospital primario Monte Carmelo "Nandaime" sobre aplicación de las normas de AIEPI en niños de 2 meses a 4 años encontraron que el con predominio en afectación al sexo masculino

Con respecto a la procedencia el 46% de los pacientes en estudio eran del municipio de Rivas, debido a que esta población tiene un más fácil acceso a este centro hospitalario.

En el estado nutricional el 57% eutrófico, 37% no se clasificó, 4% con bajo peso y un 2% con sobrepeso, Latino Elsa y Guerrero Alejandro en un estudio realizado en el año 2006 en el hospital primario Monte Carmelo estado nutricional, predominó el eutrófico en 58.5%, semejante aunque el dato relevante de esta información es que una gran parte de los pacientes no se plasmo su estado nutricional lo que puede influir en el manejo terapéutico.

La manifestación clínica más frecuentes fue bebe con avidez 49% semejante al estudio que durante los meses de julio a noviembre de 2000, se llevó a cabo una intervención educativa, en madres de niños con diarrea que acudieron a solicitar atención en el hospital infantil de México Federico Gómez en el cual después de la intervención educativa, 67.6% de las madres identificaron la sed como signo de deshidratación y los cuales tenían la capacidad de beber con avidez lo que nos hace pensar de este signo como prioritario para identificar el grado de hidratación de los pacientes esto debido a que es la primer respuesta de nuestro organismo como mecanismo de defensa ante la deshidratación.

Según la clasificación de la Enfermedad diarreica aguda con respecto al grado de hidratación se encontró que el 39% eran sin deshidratación, 56% con algún grado deshidratación, 5% con deshidratación grave. Latino Elsa y Guerrero Alejandro en un estudio realizado en el año 2006 en el hospital primario Monte Carmelo "Nandaime" sobre aplicación de las normas de AIEPI en niños de 2 meses a 4 años encontraron la clasificación de la diarrea, sobresalió diarrea con algún grado de deshidratación en 41.4%, seguido de diarrea sin deshidratación en un 28.6%, 15.7% diarrea con deshidratación grave, esto debido al poco conocimiento de los padres sobre las 4 reglas básicas del tratamiento de la diarrea en el hogar que orienta la guía de AIEPI.

Dentro de los exámenes indicados en estos pacientes 97% citología fecal, 92% BHC, de estos fueron interpretados 38% la BHC y 37% la citología fecal concordando con los hallazgos de un estudio realizado sobre el uso de antibióticos en el año 2012 en pacientes menores de 5 años hospitalizados en el servicio de gastroenterología del HFVP, por enfermedad diarreica aguda, en el período de junio – diciembre 2012, se estudiaron 40 expedientes de pacientes, en el cual los exámenes de laboratorio realizados el 82.5% se les realizó citología fecal Si bien observamos que los exámenes de laboratorio en ambos estudios no se indicó en la totalidad de los pacientes ya que en la guía AIEPI refleja que no son necesarios para valorar el grado de afectación del niño excepto en casos donde hay alteraciones del estado general o signos de bacteremia o en busca de germen penetrante que puedan causar sangre o moco en las heces.

El tratamiento recibido por los pacientes fue un 95% suero oral, resultados similares a un estudio de uso de antibióticos en el año 2012 en pacientes menores de 5 años hospitalizados en el servicio de gastroenterología del HFVP, por enfermedad diarreica aguda, en el período de junio – diciembre 2012, se estudiaron 40 expedientes de pacientes. En relación al tratamiento al 95% se les brindó sales de rehidratación oral, Son resultados similares en el cual lo más utilizado el suero oral puesto que es la base del manejo y prevención de las complicaciones producto de la deshidratación además la gran mayoría de los pacientes fueron clasificados en plan A y plan B en donde la guía contempla la utilización de estas, por otra parte es notable el poco uso de antibióticos justificado por el hecho de que la mayoría de los procesos diarreicos son auto limitado por ser de causa viral.

El plan tratamiento indicado 55% plan B, Latino Elsa y Guerrero Alejandro en un estudio realizado en el año 2006 en el hospital primario Monte Carmelo "Nandaime" sobre aplicación de las normas de AIEPI en niños de 2 meses a 4 años el plan de rehidratación más usado fue el plan B en 35.7% resultados concuerdan ya que la mayoría de los casos de nuestro estudio fueron clasificados como algún grado de deshidratación por lo cual necesitaban el esquema de reposición hídrica de este plan.

La condición de egreso de estos pacientes fue un 100% dado de alta ya que todos cumplieron días de estancia intrahospitalaria con excelente evolución clínica.

El plan tratamiento según la clasificación del estado de hidratación de los 46 pacientes sin deshidratación el 100 % recibió el plan A lo cual no concuerda con el estudio realizado en 2011 en el Hospital Amistad Japon-Nicaragua donde, el 8.6 de la enfermedad diarreica aguda sin deshidratación recibió el plan C. Sin embargo se encontró que el 98% con algún grado de deshidratación recibió plan B y 100% con deshidratación grave recibió plan C lo cual se relaciona con este mismo estudio realizado en el Hospital amistad japon donde el 100% de la diarrea con deshidratación grave recibió el plan C esto nos hace ver que el HGGL se ha estado manejando de manera asertada a los pacientes según su estado de hidratación bajo las indicaciones plasmada en la Guía de AIEPI.

El tratamiento recibido según el plan indicado en el caso del plan A se obtuvo que el 95% recibió suero oral, 85% sulfato de zinc y 17% furazolidona lo que indica que el tratamiento no se cumplió en su totalidad puesto que el manejo del plan A según la guía está basado en las sales de rehidratación oral y el sulfato de zinc por otro lado la indicación de fuazolidona no está contemplado en esta. Con respecto al plan B recibieron 100% suero oral, 92% sulfato de zinc, 61% furazolidona y 6% ceftriaxona, es evidente el buen uso o indicación del suero oral en su totalidad sin embargo no se cumplió la administración de sulfato de zinc y hubo un alto índice de indicación de antibióticos orales e incluso intravenoso como ceftriaxona que en la guía está indicado en situaciones especiales puesto que el mayor porcentaje de la causa etiológica de los procesos diarreicos son virales, finalmente en el plan C se obtuvo que el 100% recibió hidratación intravenosa, 100% sulfato de zinc, 100% ceftriaxona y 33% suero oral, esto expresa que según la indicación de zinc y líquidos IV la guía se cumple sin embargo a pesar de que el suero oral está presente en este plan se indicó en una frecuencia baja probablemente por la urgente necesidad de hidratación rápida para prevenir complicaciones y en otros la dificultad para beber, la prescripción de ceftriaxona como antibiótico de primera línea no está presente en la guía.

Conclusiones

- Con respecto a las características socio demográficas las edades en las que más frecuentemente se presentó fue de 6 -12 meses, el sexo más afectado fue el masculino y la mayoría de la localidad de Rivas.
- La clasificación clínica de los pacientes a estudio fue en mayor frecuencia la Diarrea Aguda y según el estado de hidratación fue clasificada en su mayoría con algún grado de deshidratación.
- El abordaje diagnostico según manifestaciones clínicas se encontraron con mayor frecuencia fueron: bebe con avidez, ojos hundidos, inquietos e irritables, y en la mayoría de los pacientes se les realizo citología fecal y biometría hemática completa.
- El plan tratamiento indicado con mayor porcentaje fue el plan B.
- La condicion de egreso de estos pacientes todos fueron dados de alta.
- El cumplimiento de la guía no se realizo en su totalidad.

Recomendaciones

SILAIS

- ± Plan seguimiento y monitoreo de el cumplimiento de la guía de AEPI Hospitalario.

HOSPITAL

- ± Capacitar al personal médico y enfermería para la identificación temprana de signos de deshidratación importante y prevención de sus complicaciones.
- ± Realizar monitoreo y seguimiento de revisión del expediente clínico.

MUNICIPIO

- ± Los médicos generales y en servicio social deberán actualizarse constantemente sobre este tema y deberán tener siempre presente que este no son casos solo de especialista ya que estos pacientes con quien tienen el primer contacto es con el médico general y su actuar de inmediato con astucia y ciencia pueden significar situaciones que lleguen a comprometer de manera fatal a estos niños.
- ± Capacitar al personal de salud sobre el abordaje de la diarrea según AIEPI.

COMUNIDAD

- ± Brindar charlas a los padres de familia sobre las cuatro reglas básicas del tratamiento de la diarrea en el hogar.
- ± Fomentar el lavado de los alimentos e Higiene de manos.
- ± Capacitar a la red comunitaria de salud COL VOL, gabinetes del poder ciudadano, brigadista, sobre la detección oportuna de signos generales de peligro para la referencia temprana del paciente.

Bibliografía

1. Encuesta demográfica y de salud (2001). Managua Nicaragua: INEC/MINSA, p8
2. Bernal C, Velásquez C, García G, Uribe G, Palacio C (2003). Hidratación oral con una solución de baja osmolaridad en niños deshidratados por enfermedades diarreicas: un estudio clínico controlado. *Biomédica*; 23:47-59.
3. Cáceres DC, Estrada E, Peláez D (2005). La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev. Panamericana Salud Pública.*; 17(1):6-14.
4. Bellangers, M. y Amador, R (2000). "Comportamiento clínico de las enfermedades diarreicas y uso de antibióticos en menores de 5 años en el centro de salud Siuna RAAN de mayo a diciembre 1999" (Monografía) Managua: UNAN, facultad de ciencias médicas. pp .8-9.
5. Bove Urbina, "impacto de la estrategia AIEPI hospitalario en el abordaje médico e indicadores hospitalarios de las enfermedades diarreicas en niños de 1 mes a 4 años en el hospital Fernando Vélez Paiz, 2004 Y 2006 (Tesis)
6. Soza, estudio sobre las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad diarreica en niños de 29 días a 36 meses de edad, julio a agosto de 1989 en el H.F.V.P
7. Díaz, E y Ochoa, E. (1993) "Evaluación y aplicación de las normas de manejo del paciente deshidratado en emergencia y unidad de tratamiento del cólera Hospital Carlos Marx julio- diciembre 1992" (Monografía) Managua: UNAN- facultad de ciencias médica. pp . 4-5.
8. Espinal y Padilla. Conocimiento de las madres sobre signos de alarma de EDA en niños menores de cinco años en el Centro de Salud de Acoyapa (Chontales) de septiembre a octubre de 2003 .

9. Lau, C. y Nicaragua, C(2002). "Conocimientos prácticos sobre las enfermedades diarreicas agudas en la población que asiste al servicio de rehidratación oral HMRJ 15 de enero- 30 de marzo del 2002" (Monografía). Managua: UNAN- facultad de ciencias médicas p. 10.
10. Solís, S y Miranda C(1999). "Comportamiento de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años, centro de salud Sócrates Flores, Managua II semestre 1998" (Monografía) UNAN- facultad de ciencias médicas pp1-4.
11. Bernaldo Aponte G, Aparicio Sánchez JL. La administración oral de zinc disminuye la duración de la diarrea aguda y de la diarrea persistente. *EvidPediatr.* 2008; 4:38
12. Ministerio de Salud, Guía para el abordaje de las enfermedades Infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición, Managua-Nicaragua, Enero 2,009.
13. Ministerio de Salud. Guía para el manejo alimentario del niño(a) desnutrido a nivel Hospitalario, pág. 9-12, Managua- Nicaragua 2,003 OMS, enfermedades diarreicas nota descriptiva no 330 agosto 2009
14. Guía práctica de la organización mundial de gastroenterología: diarrea aguda en adultos y niños una perspectiva mundial febrero 2012
15. Guía Práctica De La Organización Mundial De Gastroenterología Diarrea Aguda En Adultos Y Niños: Una Perspectiva Mundial Febrero De 2012.
16. Dr. Manuel S Alfaro González: Enfermedades Diarreicas Agudas Unan Managua 6 Febrero 2012
17. Hernández Rodríguez, M Y Sánchez González, E. *Alimentación Infantil.* Editorial _Díaz Santos 2005.

18. Zavala Trías, Guía a la redacción en el estilo APA, 6ta edición marzo 2012.
19. Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, Metodología de la Investigación, 5ta Edición, México, 2010.
20. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton, Nelson tratado de Pediatría, 18ª Edición, Barcelona 2008.
21. Moro, Málaga, Madero, Cruz Tratado de pediatría, 10ª Edición 2012.
22. Megan, Tschudy Kristin, Arcara, Manual Harriet Lane de Pediatría 19ª Edición, 2012.
23. Gavilán, García, Gonzales, Protocolos Diagnostico-Terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, Gastroenteritis aguda, Abril 2008.
24. Lazzerini M, Ronfani L. Cinc por vía oral para el tratamiento de la diarrea en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [Revisado 10 febrero 2011]

Anexos

Instrumento de recolección

Cumplimiento de la Guía AIEPI en el abordaje de la Diarrea, en niños menores de 4 años ingresados al servicio de pediatría, del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, en el periodo de julio a diciembre del año 2014.

Numero de ficha _____

Fecha _____

Expediente _____

Datos generales del Niño

Edad	Procedencia	Sexo
1-6 meses: <input type="checkbox"/>	Rivas <input type="checkbox"/>	Masculino: <input type="checkbox"/>
	Potosí <input type="checkbox"/>	
6m-12 meses: <input type="checkbox"/>	Tola <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>
	Belén <input type="checkbox"/>	
1-4 años: <input type="checkbox"/>	Cárdenas <input type="checkbox"/>	
	Sn. Juan del Sur <input type="checkbox"/>	
	Buenos Aires <input type="checkbox"/>	
	Sn. Jorge <input type="checkbox"/>	
	Mayogalpa <input type="checkbox"/>	
	Altagracia <input type="checkbox"/>	

Determinar el estado nutricional del Niño.

Eutrófico: <input type="checkbox"/>	Bajo peso severo <input type="checkbox"/>
Emaciado <input type="checkbox"/>	Posible riesgo de sobrepeso <input type="checkbox"/>
Severamente emaciado <input type="checkbox"/>	sobrepeso <input type="checkbox"/>
Bajo peso <input type="checkbox"/>	Obeso: <input type="checkbox"/>

Registro de la evaluación medica

Clasificación del grado de deshidratación de la Diarrea según signos y síntomas.

Sí	No		Sí	No	
Inquieto/irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDA sin DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos hundidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDA c/ algún grado de DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe con avidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDA c/ DHsevera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pliegue cutáneo regresa lentamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
letargia/inconsciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Incapacidad para beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pliegue cutáneo regresa Muy lentamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Clasificación de la diarrea según tiempo de evolución.

Sí	No			
<14 días de duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea Aguda	<input type="checkbox"/>
>14 días de duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea persistente	<input type="checkbox"/>
Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea Crónica	<input type="checkbox"/>
>30 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disentería	<input type="checkbox"/>

Exámenes de laboratorio

Indicación de exámenes de laboratorio.			Interpretación de los exámenes de laboratorio.		
Sí	No		Sí	No	
BHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citología fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citología fec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coprocultivo:			Coprocultivo:		
Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shigella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salmonella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrión Choleare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrión Chole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PH y sustancias reductoras Fecales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PH y sustancias reductoras fecales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento (marque que tipo con una X)

Plan indicado	Tratamiento indicado
PLAN A <input type="checkbox"/>	Líquidos IV <input type="checkbox"/>
PLAN B <input type="checkbox"/>	Sulfato de zinc <input type="checkbox"/>
PLAN C <input type="checkbox"/>	S.R.O <input type="checkbox"/>
	Antibiótico:
	Furazolidona <input type="checkbox"/>
	Ceftriaxona <input type="checkbox"/>
	Ac. Nalidixico <input type="checkbox"/>
	Otros: <input type="checkbox"/>

Condición de Egreso

Condición de Egreso	
	Alta <input type="checkbox"/>
	Abandono <input type="checkbox"/>
	Fuga <input type="checkbox"/>
	Traslado <input type="checkbox"/>

Tabla 1. Edad de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Edad	Fr	%
1m-6meses	19	16
6m-12meses	61	52
1-4años	38	32
Total	118	100

Fuente: Ficha de recolección

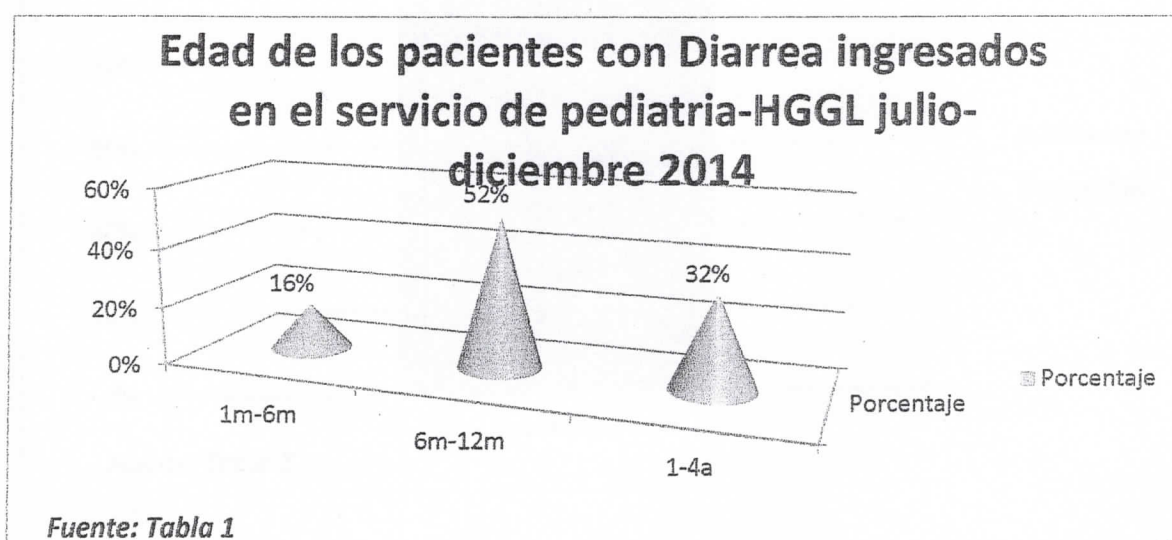


Tabla 2. Sexo de los pacientes con EDA ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Sexo	Fr	%
Masculino	71	60
Femenino	47	40
Total	118	100

Fuente: Ficha de recoleccion

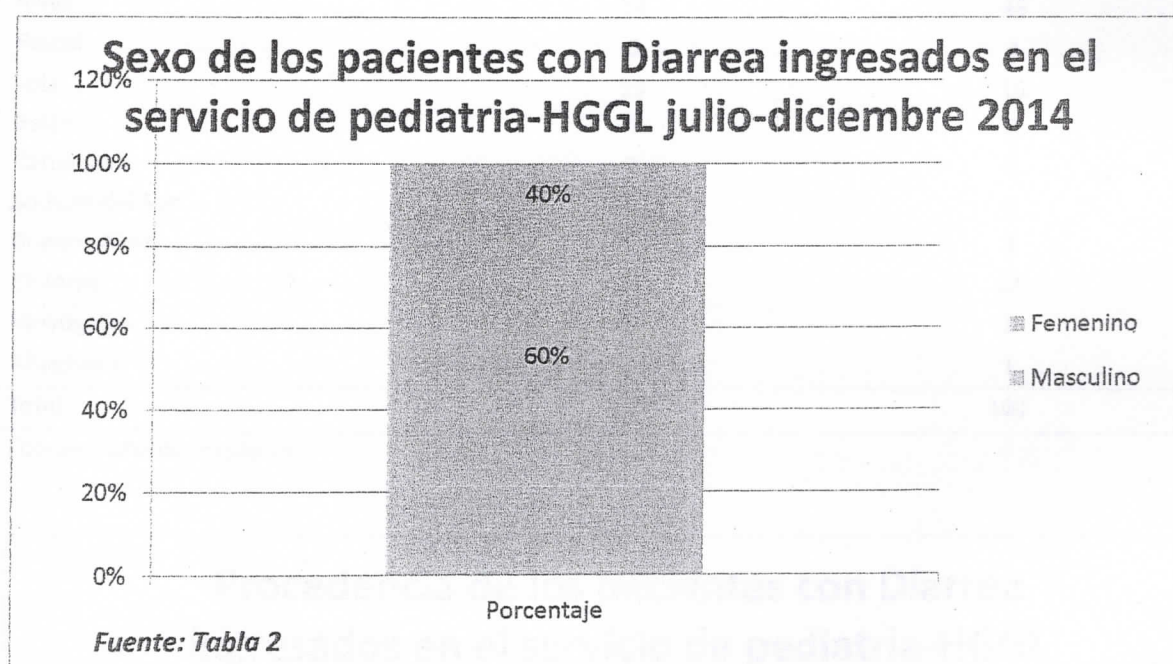
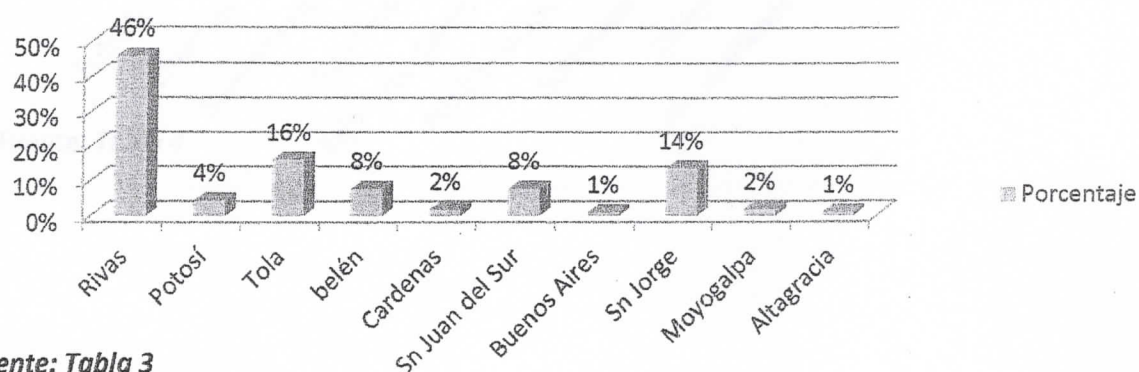


Tabla 3. Procedencia de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Procedencia	Fr	%
Rivas	54	46
Potosí	5	4
Tola	19	16
Belén	9	8
Cardenas	2	2
Sn Juan del Sur	9	8
Buenos Aires	1	1
Sn Jorge	16	14
Moyogalpa	2	2
Altagracia	1	1
Total	118	100

Fuente: Ficha de recoleccion

Procedencia de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014



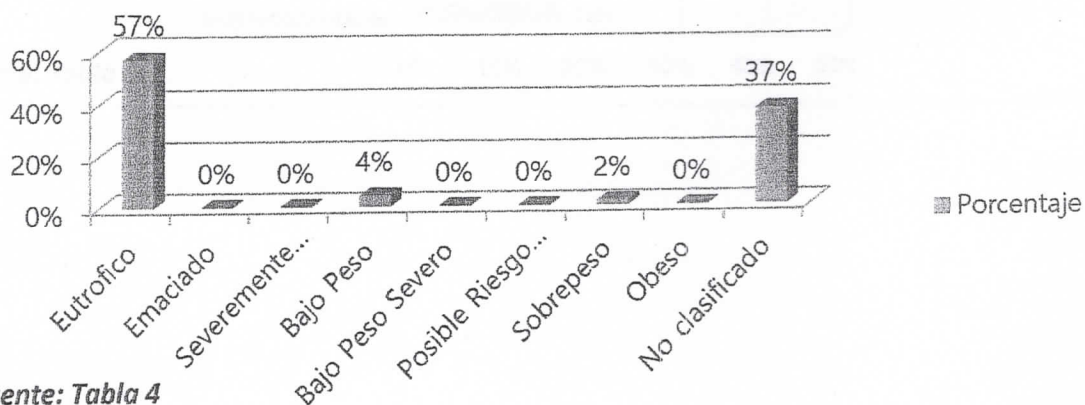
Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Estado Nutricional de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatria-HGGL, julio-diciembre 2014

Estado Nutricional	Fr	%
Eutrofico	67	57
Bajo Peso	5	4
Sobrepeso	2	2
No clasificado	44	37
Total	118	100

Fuente: Ficha de recoleccion

Estado Nutricional de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatria-HGGL, julio-diciembre 2014



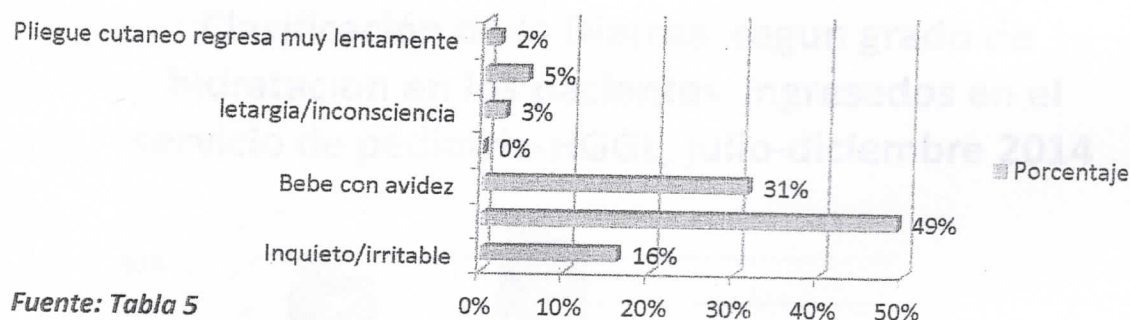
Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Manifestaciones Clínicas de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL, julio-diciembre 2014

Signo de Deshidratación	Fr	%
Inquieto/irritable	19	16
Ojos hundidos	58	31
Bebe con avidez	37	49
letargia/inconsciencia	3	3
Incapacidad para beber	6	5
Pliegue cutáneo regresa muy lentamente	2	2

Fuente: Ficha de recolección

Manifestaciones Clínicas de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL, julio-diciembre 2014



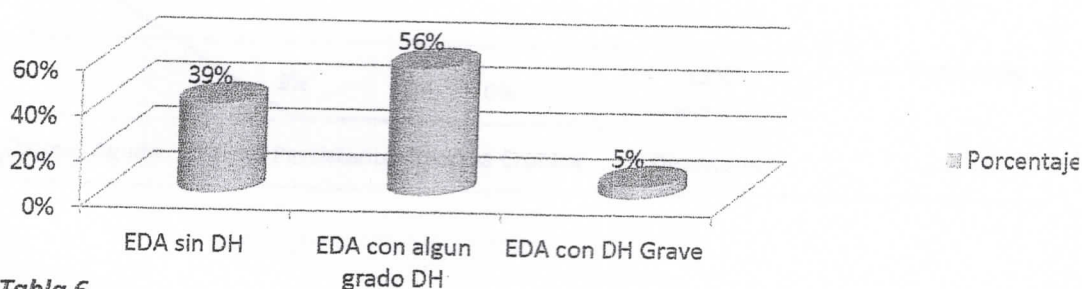
Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Clasificación de la Diarrea según grado de hidratación en los pacientes ingresados en el servicio de pediatría-HGGL, julio-diciembre 2014

GradoDeshidratacion	Fr	%
EDA sin DH	46	39
EDA con algun grado DH	66	56
EDA con DH Grave	6	5
Total	118	100

Fuente: Ficha de recoleccion

Clasificación de la Diarrea según grado de hidratación en los pacientes ingresados en el servicio de pediatría-HGGL, julio-diciembre 2014



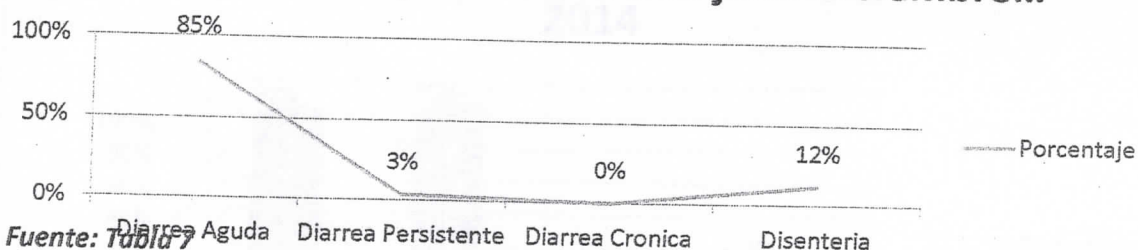
Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Clasificación de la Diarrea segun tiempo y características en los pacientes ingresados en el servicio de pediatria-HGGL julio-diciembre 2014

DiarreaSegúnTiempo	Fr	%
DiarreaAguda	100	85
DiarreaPersistente	4	3
Disenteria	14	12
Total	118	100

Fuente: Ficha de recoleccion

Clasificación de la Diarrea segun tiempo y características en los pacientes ingresados en el servicio de pediatria-HGGL julio-diciembre...



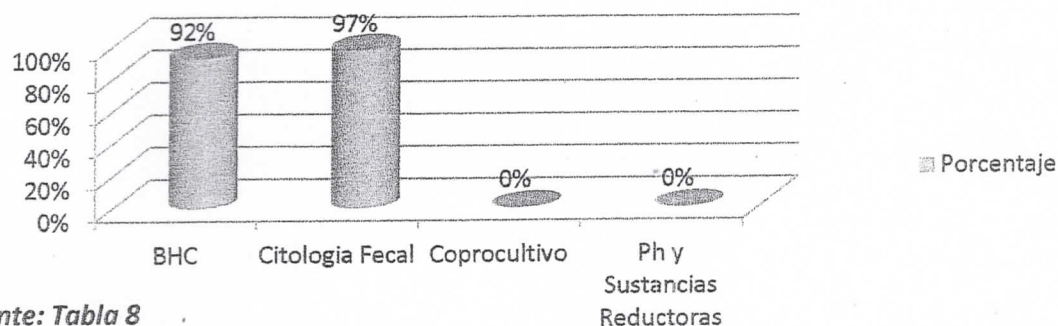
Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Indicación e interpretación de Exámenes de Laboratorio de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Exámenes de laboratorio	Indicación		Interpretación	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
BHC	109	92	45	38
Citología Fecal	115	97	44	37

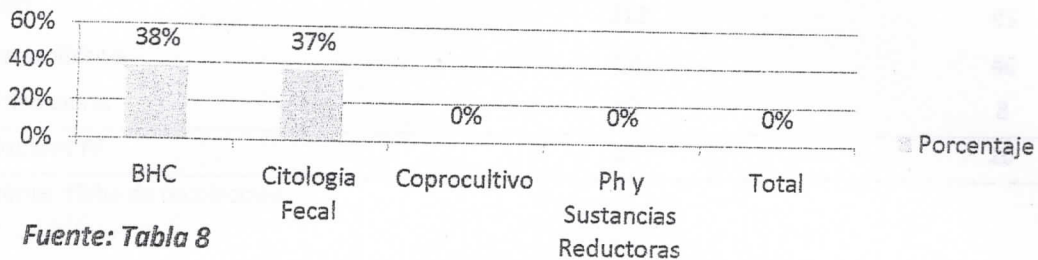
Fuente: Ficha de recolección

Indicación de Exámenes de Laboratorio de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014



Fuente: Tabla 8

Interpretacion de Exámenes de laboratorio de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatria-HGGL julio-diciembre 2014



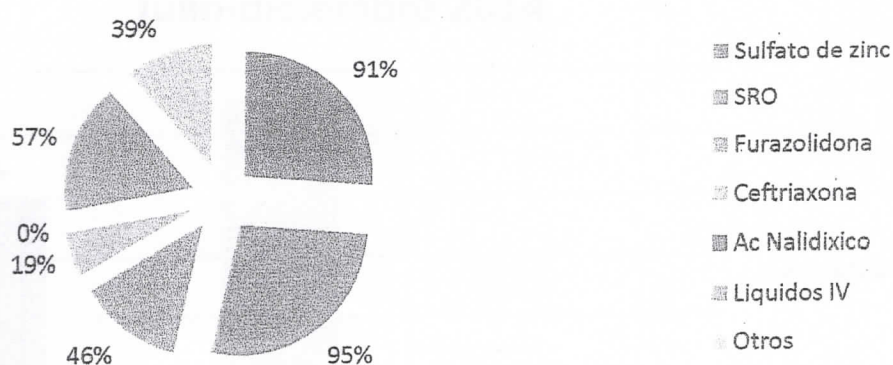
Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Tratamiento de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Tratamiento indicado	Fr	%
Sulfato de zinc	107	91
SRO	112	95
Furazolidona	54	46
Ceftriaxona	10	8
Líquidos IV	24	20

Fuente: Ficha de recolección

Tratamiento de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014



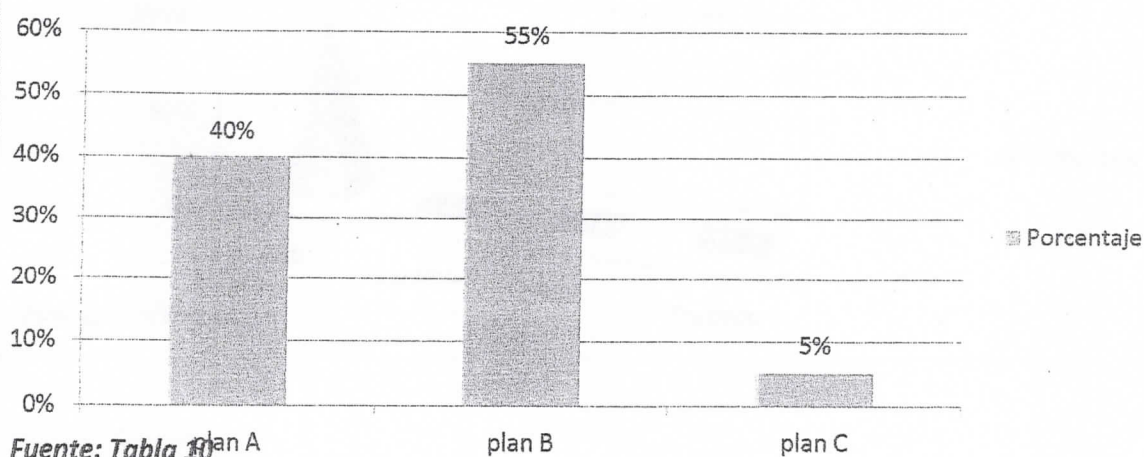
Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Plan Tratamiento de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Plan Indicado	<i>fr</i>	%
A	47	40
B	65	55
C	6	5
Total	118	100

Fuente: Ficha de recolección

Plan Tratamiento de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014



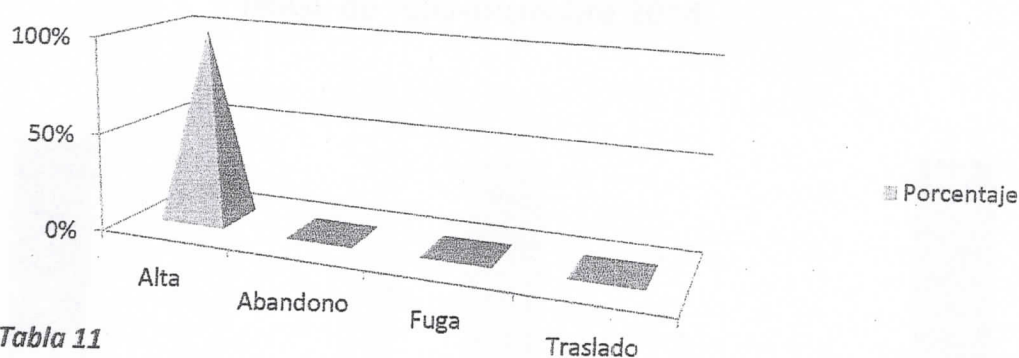
Fuente: Tabla 10

Tabla 11. Condición de Egreso de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

Condición de Egreso	Frecuencia	Porcentaje
Alta	118	100
Total	118	100

Fuente: Ficha de recolección

Condición de Egreso de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría-HGGL julio-diciembre 2014

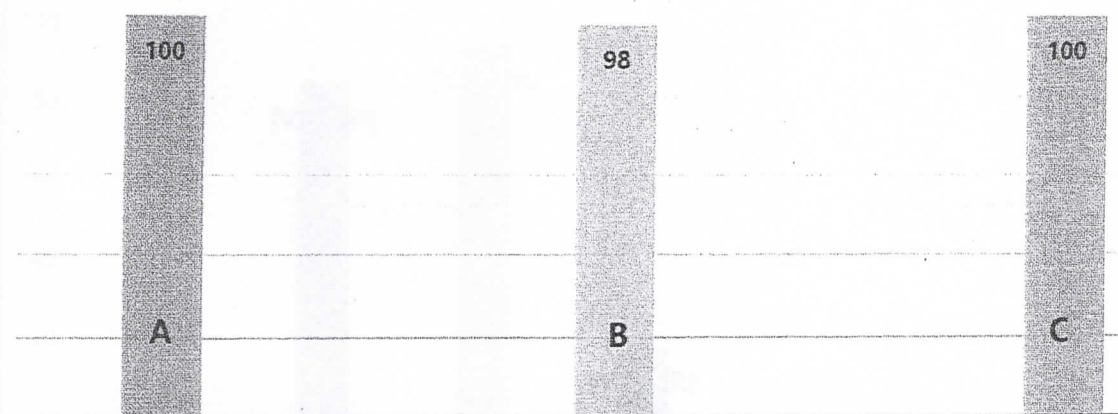


Fuente: Tabla 11

Tabla 12. Plan idindicado según estado de hidratación de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría HGGL de Julio-Diciembre 2014.

Clasificación de la EDA	A		B		C	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
sin DH	47	100	0	0	0	0
con algun grado de DH	0	0	65	98	0	0
con DH Severa	0	0	0	0	6	100
Total	47	100	65	98	6	100

Plan idindicado según estado de hidratación de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría HGGL de Julio-Diciembre 2014



Fuente: Tabla 12 ■ sin DH ■ con algun grado de DH ■ con DH Severa

Tabla 13.1 Plan hidratacion Indicado según tratamiento recibido de los pacientes con diarrea ingresados en el servicio de pediatría HGGL de Julio-Diciembre 2014.

Tratamiento indicado	A		Total
	fr	%	
Sulfato de zinc	40	85	85
SRO	45	95	95
Furazolidona	14	17	29
Ceftriaxona	0	0	0
Ac Nalidixico	0	0	0
Liquidos IV	0	0	0

Fuente: tabla 13.1

Plan de hidratacion según tratamiento recibido de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría HGGL de Julio-Diciembre 2014.

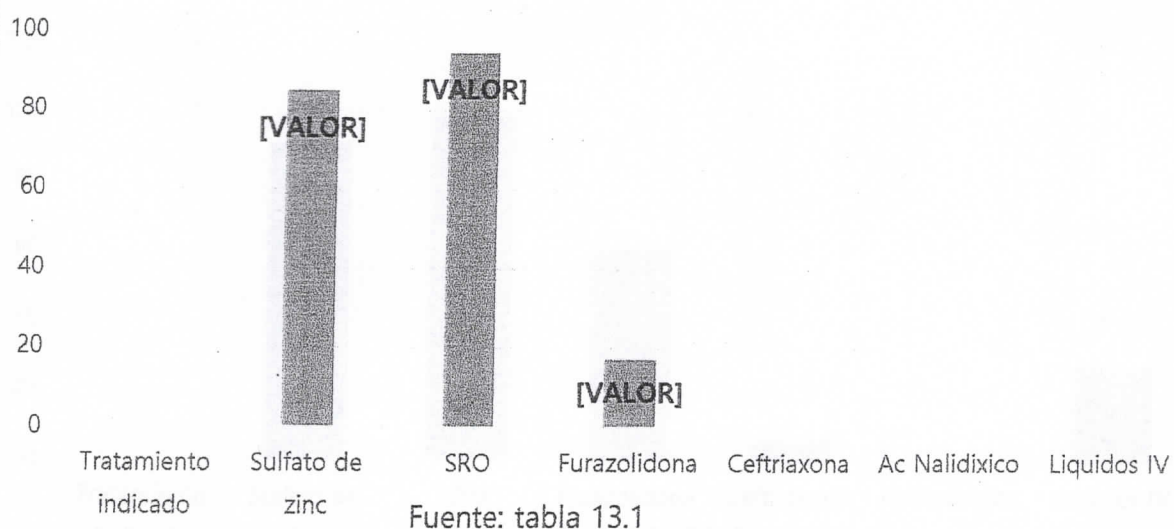


Tabla 13.2 Plan hidratacion Indicado según Tratamiento Recibido de los pacientes con diarrea ingresados en el servicio de pediatría HGGL de Julio-Diciembre 2014.

B			
Tratamiento indicado	fr	%	Total
Sulfato de zinc	61	92	92
SRO	65	100	100
Furazolidona	40	61	61
Ceftriaxona	4	6	6
Ac Nalidixico	0	0	0
Liquidos IV	18	27	27

Fuente: Ficha de recoleccion

Plan de hidratacion según tratamiento recibido de los pacientes con Diarrea ingresados en el servicio de pediatría HGGL de Julio-Diciembre 2014.

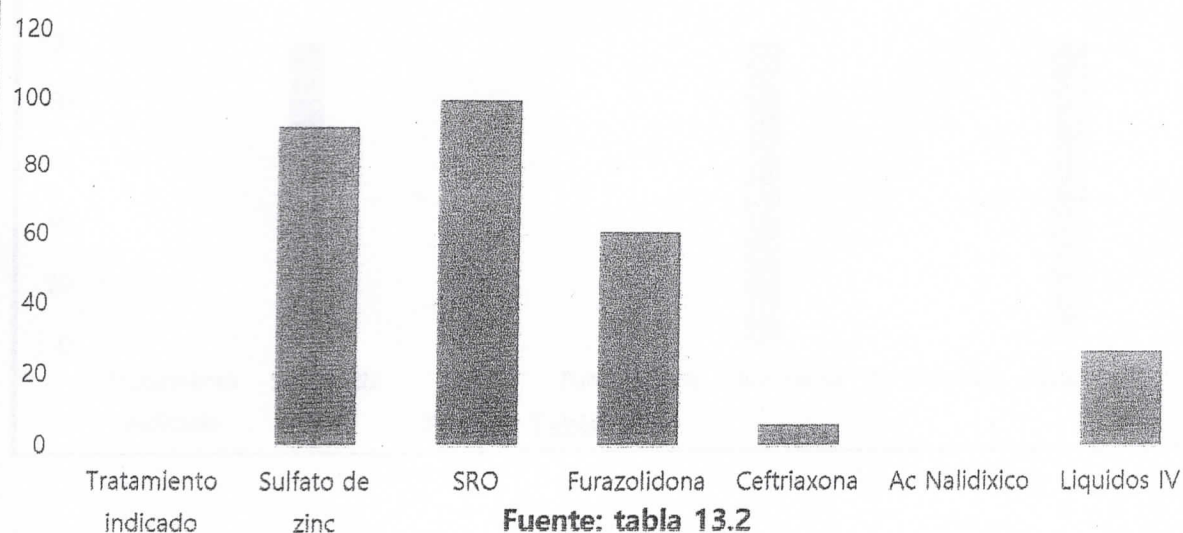
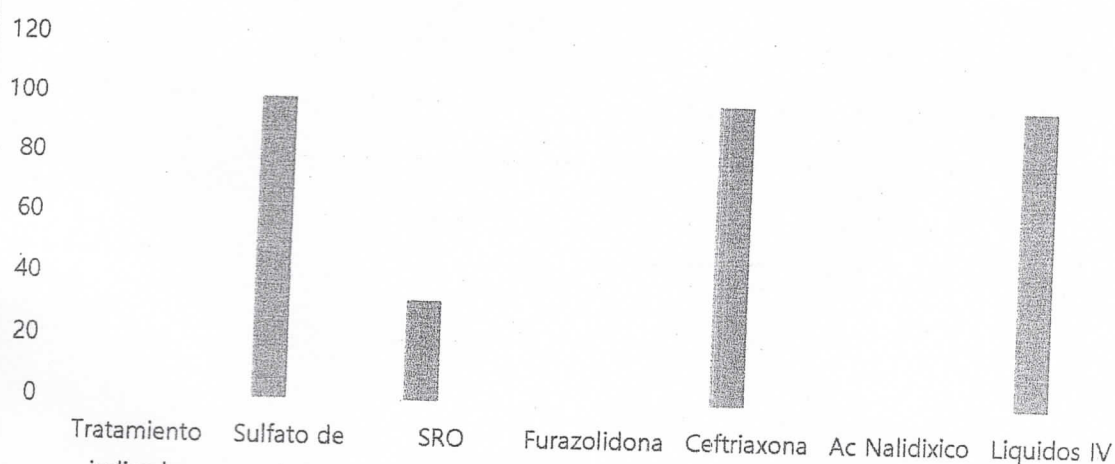


Tabla 13.3 plan de hidratacion indicado segun tratamiento recibido de los pacientes con diarrea ingresados en el servicio de pediatria HGGL de Julio-Diciembre 2014.

Tratamiento indicado	C		Total
	fr	%	
Sulfato de zinc	6	100	100
SRO	2	33	33
Furazolidona	0	0	0
Ceftriaxona	6	100	100
Ac Nalidixico	0	0	0
Liquidos IV	6	100	100

Fuente: Tabla13.3

Plan de hidratacion segun tratamiento recibido de los pacientes con diarrea ingresados en el servicio de pediatria HGGL de Julio-Diciembre 2014.



Fuente: Tabla 13.3